This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

E. H. B.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY.

PSYCHIATRISCHES

CENTRALBLATT

HERAUSGEGEBEN

VOM

VEREINE FÜR PSYCHIATRIE UND FORENSISCHE PSYCHOLOGIE

IN WIEN.

VI. JAHRGANG.

WIEN 1876.

IN COMMISSION BEI WILHELM BRAUMÜLLER.

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

BOSTON MEDICAL
OCT 5 1908
LIBRARY.

7357

CATALOGUED
OCT 5 1908
E. H. B.

Sachregister für 1876.

Seite

Aliénés voyageurs ou migrateurs les 37
Aphasie transitorische 35
Atrophie der einen Grosshirn- und entgegengesetzten Kleinhirn-Hemisphäre 117
Blödsinn epileptischer, eigenthümliche Körperstellung . . . 85
Buchschau: Bericht der Irrenanstalt Ybbs 63
Hecker, Anleitung für Angehörige d. Geisteskranken 62
Kletke, Deutsche Medicinalgesetzgebung 63
Kornmann, Compendium für Orthopädie 38
Voigt, Zukunftsmedicin 114
Casuistik gerichtsärztliche, Causalnexus zwischen Irrsein und vorausgegangener Verletzung 134
— Fall Thouviot. Querulanten-Wahnsinn 14
Elektro-Untersuchungsresultate bei progressiver Paralyse . 143
Epilepsie nach Intermittens 22
Epilept. Blödsinn, eigenthüml. Körperstellung 84
Gefässveränderungen, aneurysmatische Geisteskranker . 121
Gehirnhypertrophie, ein Fall von 42
Gehirnwindungen, Gesichtspunkte über Entstehung derselb. 92
Gesetzgebung russische, in Beziehung auf Geisteskranke 104
125, 138
Grübelsucht 4
Hypertrophie des Gehirns, ein Fall von 42
Intermittens und Epilepsie 22
Irrsein periodisches 18
Irrenstatistik aus der steier. Landesirrenanstalt Feldhof . 112
— aus der k. Irrenanstalt Buda-Pest 111
Kleinhirntumor 53
Körperstellung eigenthüml., bei epilept. Blödsinn 85
Lehrstoff psychiatrischer, sein Umfang und seine wissenschaftliche Anordnung 2, 35, 66
Myelitis paralytica 142

Seite
Notizen 16, 38, 64, 114, 116
Paralyse, Beiträge zur Kenntniss der 59, 109
— progressive, zur Casuistik der Heilungen 98
Periodisches Irrsein, zur Casuistik und Therapie 18
Personalien 16, 27
Reflexhemmungen, Beobachtungen über 26
Strafgesetzentwurf, der neue österreichische 5
Syphilis der Hirnarterien 11
Tumor des Kleingehirns 53
Unterricht psychiatrischer, Gutachten über seine Ertheilung 47, 57
Verein, aus dem 12, 27, 49, 50, 51, 90, 95, 131

Autoren-Verzeichniss

von selbständigen Aufsätzen und Vorträgen und besprochenen Arbeiten und Werken.

Baumgarten 11.
Berger 4.
Foville j. 37.
Fritsch 117.
Gauster 5, 98.
Hecker 62.
Höstermann 22, 42.
Kletke 63.
Kornmann 38.
Krafft-Ebing 18, 47, 57, 112.
Laufenauer 121.
Leidesdorf 12, 132.
Meynert, 2, 35, 66, 92, 134.
Nothnagel 26.
Rothe 104, 125, 138.
Schlangenhausen 35, 53.
Schüle 59, 109.
Stefanides 85.
Svetlin 143.
Voigt 114.
Weiss 142.
Zippe 14.

26. Jänner 1876. Nr. 1.

Psychiatrisches Centralblatt

SURGEON GENERAL'S OFFICE OCT 5 1908 LIBRARY.

Herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Preis des Jahrganges **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.** Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Reg.-R. Prof. Dr. Meynert: Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes. — S.-R. Dr. Gauster: Der dem Reichsrathe vorliegende Strafgesetz-Entwurf. — O. Berger: Die Grübelsucht, ein psychopath. Symptom. — Baumgarten: Zur Hirnarteriensyphilis. — Protokoll der Sitzung vom 29. December 1875. — Notizen. — Personalien. — Programm der Vereinsversammlung am 26. Jänner 1875.

An unsere Leser.

Durch die Freundlichkeit des Herrn Directors Professor v. Krafft-Ebing sind wir in die Lage versetzt, unseren Lesern eine eingehende und klare Uebersicht über die Fortschritte und Literatur der forensischen Psychologie im Decennium 1866 bis 1875 zu bieten, und werden sie als Beilage zu unserem Blatte veröffentlichen, damit sie später ein selbstständiges zusammenhängendes Ganze bildet. Wir glauben damit nicht bloss den Fachgenossen im engeren Sinne, sondern auch den Gerichtsärzten und Sanitätsbeamten unseres Vaterlandes eine interessante und höchst erwünschte Beigabe unseres Blattes zu bringen.

Wien, 20. Jänner 1876.

Die Redaction.

Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes.

Von Theodor Meynert.

Es hat vor längerer Zeit schon in den Irrenhäusern Psychiater gegeben, welche ihre Kranken zugleich demonstrirten, ohne dass man von einem klinischen Unterrichte dabei sprechen konnte. Denn die Psychiatrie war an dem neuen Morgen der gesammten Medizin nicht mit erwacht; die rein psychologische Anschauungsweise der Krankheiten, die Ueberschätzung des Anstaltswesens als einer über alle anderen Mittel wirksamen, in den Augen Mancher unerlässlichen Methode der Behandlung, das Vorurtheil, der Arzt müsse alle nicht ärztlichen Functionen des Verwaltungswesens unmittelbar ausüben, trennte jene Lehrer scharf von unbefangener klinischer Forschung und Anschauungsweise ab. Ihr Blick war im günstigsten Falle auf Gegenstände accommodirt, welche der klinische Lehrer, wenn er bei der Sache ist, nur im Horopter erblickt, und was dieser sorglich fixirt, schwankte, wenn sie bei der Sache zu sein glaubten, in unklaren Gestaltungen ihres Horopterkreises.

Darum kommt es vor, dass sich Psychiater, und solche, die, so weit es ihnen passt, sehr ostentativ das Modegespräch über Wissenschaft cultiviren, sobald die klinische Wissenschaft als Hauptsache auf psychiatrischem Felde hervortritt, sich öfter erschrocken den Ruf entschlüpfen lassen: das ist ja nicht Psychiatrie!

Ich führe dies nicht in Absicht eines Widerspruches an, sondern weil ich diesem Rufe zustimme. Die psychiatrischen Kliniker lehnen nicht etwa den ehrenvollen Namen Psychiater ab, aber der herkömmliche Begriff von Psychiatern trifft auf sie nicht zu. Sie betrachten sich schlechtweg als wissenschaftliche Neuropathologen, sie bedauern meist, dass berücksichtigungswerthe Umstände ihnen nicht die akademische Vertretung der ganzen Neuropathologie gestatten, und nur die Erkrankungen des Vorderhirnes mit ihren Complicationen ihr eingeschränkter Lehrstoff sind. Wenn aber Theilung der Arbeit vielleicht eine wichtige Entwicklungsperiode der Neuropathologie daraus macht, dass ein derartig begrenzter Lehrstoff mit specialistischer Concentration klinisch entwickelt wird, so ist der Kreis des Zusammenfallens der Forschungsobjecte mit dem Inhalt der Irrenhäuser doch durchaus nicht die Grenzlinie für den psychiatrischen Kliniker. Wenn nun psychiatrische Kliniker sich gar nicht in den Kreis der durch Betreiben eines besonderen wichtigen Zweiges des Spitalwesens oder gar nur der Privatpflege von Kranken gekennzeichneten Psychiater einmengen, sondern sich nur durch die produktive klinische Forschungsweise gekennzeichnet finden, so sehen sie andererseits auch die Leitung einer psychiatrischen Klinik nicht als Kennzeichnung eines psychiatrischen Klinikers an, falls dort das Repetiren eines fremden Lehrbuches, oder seines zusammengezogenen Nachdrucks seiner Paraphrasirungen betrie-

ben wird. Dagegen schränken sie das Vorhandensein psychiatrischer Kliniker auch keineswegs auf die Directoren psychiatr. Kliniken ein. Die heutige Phase des Entstehens der psychiatr. Klinik erfordert Autodidacten, und das Maass der dazu nöthigen persönlichen Bedeutung mit dem Einhalten der rationellen Forschungsmethode macht zum klinischen Lehrer auf psychiatrischem Felde, mag sein Ausdruck das Wort im Hörsaale oder die Druckschrift sein.

So wie aber die traditionellen Psychiater, wie sie sich heute noch fühlen, und der Kliniker nicht gleichartig bethätigt sind, so wenig deckt sich auch die traditionelle psychiatrische Lehre in ihrer psychologischen Gestaltung mit dem wirklichen untrennbaren Lehrstoffe, mit der speciellen klinischen Lehre von den Erkrankungen des Vorderhirnes und ihren Complicationen. Weniger als das Ganze dieser Lehre darf unsere Specialität nicht umfassen. Dass man daraus nur einen Kreis functioneller Störungen als Psychiatrie herausheben wollte, auch seit der Sitz dieser Störungen nicht mehr zweifelhaft, trägt an der unnützen und dem klinischen Fortschritte verderblichen Abgegrenztheit der Psychiatrie und ihrer Ungleichartigkeit mit dem übrigen ärztlichen Wissen Schuld.

Diese Anforderung an den klinischen Lehrer, über den rein functionellen Begriff: Psychiatrie hinauszuschreiten, wird auch durch das Beobachtungsmaterial der psychiatrischen Kliniken vollkommen berechtigt. Finden sich dort nicht wegen der einschlägigen Störungen der functionellen Energien des Gehirnes Apoplexie, Encephalitis, Tumoren und Meningitis reichlich vertreten, mussten wir beispielsweise etwa aus der gründlichen Monographie von Seitz zuerst erfahren, dass auch die basale Meningitis unter den Symptomen von Melancholie, Stupor, Manie, Wahnvorstellungen verlaufen kann? Sehen wir nicht alle die Reste basaler Meningitis an Gehirnen von Irren, welche Kahlbaum auf die Formen seiner Katatonie bezieht? Ist nicht in Hasse's Buch schon der möglichen Heilung der Basalmeningitiden gedacht, welche aus dem Nachweise solcher Reste hervorgehe? Was soll dem Kliniker hier eine psychologische Diagnose? Ich darf hier blindlings meinen letzten Obductionsfall herausgreifen, eine 49jährige Frau betreffend, welche kurze Zeit auf meiner Klinik, vorher und darnach bis zum Tode in der Irrenanstalt verweilte. Sie litt seit ihrem 16. Jahre an epileptischen Anfällen, meist bloss mit Bewusstseinstörungen, zuweilen an vollkommenen. Im letzten Jahre hatte sie 8 Selbstmordversuche gemacht, zeigte reizbare Verstimmung, Hallucinationen, leichte Facialisparese und Zungenabweichung. Sie war nicht blind oder auffallend amblyopisch. Gehirnbefund: mässiges Oedem und zunächst eine bandartige Abplattung der Sehnerven, stärker am linken. Ein weisses Centrum des atrophischen Sehnervendurchschnittes war beiderseits bis zur Scheide hin von einem graulich durchscheinenden Ring umgeben. Die Anzeichen keiner Retinitis, der Druck keines Hydrocephalus, Tumors, die Reste kei-

ner Encephalitis erklärten den Sehnervenschwund. Nur an den Seiten des Tuber cinereum und etwas abseits von beiden Seiten der Basilarfurche des Pons fielen noch streifenartige, am Pons etwas gewulstete sehnige Trübungen auf (um mit Henle zu sprechen) der bindegewebigen Hüllen. Eine weitere solche Trübung zeigte sich am vordersten Theile des Kleinhirnwurmes. Da nun die angeführten Stellen lauter loci praedilectionis der basalen Meningitis sind, so leitet sich der Sehnervenschwund von einer längst abgelaufenen Affection seiner Scheide durch basale Meningitis her. In der linken Lungenspitze findet sich ausserdem eine kleine Gruppe schwielig eingebetteter verkreideter Tuberkel, rechts eine erbsengrosse tuberculöse Höhle. Zeigen sich hier nicht weitgehende Bezüge, welche die anatomisch greifbaren Erkrankungen auf sogenannte functionelle Neurosen und einen Status von Irrsinn haben? Ich will noch hinzufügen, dass der Markdurchschnitt dieses Gehirnes durch mangelnde Capillarinjection auch einen auffallenden Gegensatz von Blässe zu den zahlreichen Blutpunkten zeigte, die aus noch nicht capillaren Gefässlichtungen hervordrang. Diese Erscheinung in einem blutarmen Gehirne bezieht sich nicht immer auf dünnflüssigeres Blut, sondern auf Erweiterung der feinen Gefässe. Diese ist wohl die Folge der Vorgänge, die den epileptischen Status bedingen, und ihre Folge wird wieder eine Summe functioneller Störungen des Vorderhirnes sein, welche im Leben an der epileptisch Irren zu beobachten war.

In solchen Befunden eröffnet sich das Allgemeine eines abgeschlossenen klinischen Standpunktes, dessen Wesen eben in nichts anderem als in dem vollständigen Umfassen alles auf die Krankheit beziehbaren objectiven Wissens besteht und von dem aus die pathologisch-anatomische Diagnose als geradester Weg zum Ziel erscheint. Diese klinische Methode ist aber nirgends da vertreten, wo lediglich von functionellen Krankheiten oder sogenannter naturhistorischer Methode die Rede ist. Die naturhistorische Methode, welche vor einem Menschenalter in ihren Auswüchsen eine die Krankheiten in der That zoologisirende Tendenz verfolgte, stellt sich, so weit sie etwas Klares bedeuten kann, parallel der Zoologie, die von der vergleichenden Anatomie absieht, um nur die Merkmale der Krankheiten zu benüzzen, welche sich ohne Zerstörung des erforschten Objectes enthüllen.

Die exacte Krankheitslehre hat in Deutschland einzig durch Rokitansky, Skoda und Virchow ihren Boden gewonnen, und es lässt sich für Deutschland kein ausser dieser Schule stehender fundamentaler Patholog aufweisen oder eine zulängliche Methode. Alle Autoritäts-Atavismen, welche zur Verläugnung dieser Thatsache (aus nicht unschönen, wie mir aber scheint, durchwegs aus gemüthlichen statt wissenschaftlichen Motiven), zu beleben versucht werden, bleiben für dieses Verdienst todt. Die Versuche, jenen unentbehrlichen Boden als Hauptsache des klinischen Erkennens zu verläugnen, und nur aus der Physiologie zu schöpfen, sind auch nur scheinbar ernst,

denn die Autoren lassen sich die anatomischen Facten und Beziehungen doch so zahlreich als möglich in ihre Darstellungen einschleichen.

Ersichtlich ergibt aber das Voranstellen der anatomischen Anschauungsmethode die natürliche und einzig klare Anordnung des Lehrstoffes. Denn die Verlaufsprocesse, welche die anatomischen Thatsachen ergeben, sind wenige. die zahllosen Störungen der Functionen aber wiederholen sich bei den verschiedensten anatomischen Processen, so wie ja in der Physiologie verschiedenartige Reizmethoden die gleichen Beantwortungen finden.

Man verkehrt aber bei der wissenschaftlichen Anordnung von Thatsachen, von denen ein Theil den fixen und fundamentalen Kern in der Hülle vielfacher und in ihrer Vielzahl wandelbarer Erscheinungen bildet, nicht den feststehenden Factor in den beweglichen, ohne Uebersicht und Klarheit schwer zu schädigen.

Die selbstständige Behandlung der Symptome eignet sich nur zum allgemeinen, nicht zum speciellen Theile einer klinischen Darstellung. So hält auch der Autor eines jener neuropathologischen Lehrbücher, welches zu schreiben nothwendig war, Leyden, musterwürdig die Scheidung des allgemeinen und des speciell klinischen Thatsachenkreises in seiner Klinik der Rückenmarkskrankheiten fest, sowie die pathologisch-anatomische Grundfeste in der Anordnung seines speciellen Theiles.

Wenn ich nun den Faden bezüglich der sogenannten psychiatrischen Klinik wieder bei dem Hinweis auf zu erbringende pathologisch-anatomische Befunde aufnehme und in diesen Skizzen von den mikroskopischen Befunden ganz absehen will, so steht mir zu, einerseits zu beleuchten, was für ein Werth der heute in Deutschland gangbaren, allerdings noch nirgends durch Brauchbareres ersetzten psychologischen Anordnung unseres Wissens von den Erkrankungen des Vorderhirnes beizumessen sei, und welchen Antheilen anderweitigen klinischen Wissens wir dasselbe parallel setzen können, andererseits, ob wir im Stande seien, theils vielleicht mittelbarer, theils unbestimmter, uns aber doch auf die anatomische Basis der in anderen Gebieten der Neuropathologie vorfindlichen Anordnung zu stellen, und welche Gestaltung unser Thatsachenkreis zunächst dadurch annimmt. (Fortsetzung folgt.)

Der dem Reichsrathe vorliegende Strafgesetz-Entwurf in gerichtlich-psychologischer Hinsicht.

Von Dr. Moriz Gauster.

Der neue Entwurf, folgend dem deutschen neuen Strafgesetze, zeigt nicht unwesentliche Unterschiede in der Formulirung jener Satzungen, welche die Strafbarkeit einer Handlung aus psychopathischen Gründen ausschliessen, gegen früher.

§. 56, Hauptstück V des ersten Theiles setzt fest:

„Eine Handlung ist nicht strafbar, wenn derjenige, der sie begangen hat, zu dieser Zeit sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Hemmung oder Störung der Geistesthätigkeit befand, welcher es ihm unmöglich machte, seinen Willen frei zu bestimmen, oder das Strafbare seiner Handlung einzusehen.“

Gegenüber dieser Satzung bestimmt das bestehende Strafgesetz im Ersten Hauptstücke, §. 52:

„Eine Handlung oder Unterlassung wird nicht als Verbrechen angerechnet: a) wenn der Thäter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt ist; — b) wenn die That bei abwechselnder Sinnenverrückung zu der Zeit, da die Verrückung dauerte, oder c) in einer ohne Absicht auf das Verbrechen zugezogenen vollen Berauschung oder einer anderen Sinnenverwirrung, in welcher der Thäter sich seiner Handlung nicht bewusst war, begangen wurde“ u. s. w.

Ferner setzt er im IV. Hauptstücke §. 46 fest: „Milderungsumstände, welche auf die Person des Thäters Bezug haben, sind: a) wenn der Thäter schwach an Verstand, oder seine Erziehung sehr vernachlässiget worden ist; — d) wenn er in einer aus dem gewöhnlichen Menschengefühle entstandenen heftigen Gemüthsbewegung sich zu dem Verbrechen hat hinreissen lassen.“

Entspricht nun der neue Entwurf den Forderungen, welche für gerechte Beurtheilung der Zurechnung einer Schuld die psychiatrische Erfahrung und Wissenschaft an die Strafgesetzgebung stellen muss? Es soll keine That als strafbar angerechnet werden, wenn der Thäter zur Zeit ihrer Verübung in Folge vorübergehenden oder länger dauernden krankhaften Geisteszustandes nicht im Stande war, das Unrecht oder Strafbare seiner Handlung einzusehen oder wenn die That unmittelbar aus dem krankhaften Zustande hervorgegangen ist.

Diese Frage muss für den Richter klar werden. Hiermit fällt auch die Bewusstlosigkeit in Folge Berauschung, Epilepsie, Schlaftrunkenheit, Nachtwandelns u. s. w. zusammen.

Der Richter braucht nur das Urtheil der Sachverständigen zu seiner Aufklärung, ob der Inculpat in einem derartigen Krankheitszustande sich befand. Er erschliesst dann daraus, ob derselbe zurechnungsfähig gewesen ist, oder nicht.

Die Fassung des Entwurfes ist nun einfacher und präziser, als die des bestehenden Gesetzes.

Anstoss könnte gefunden werden an dem Satze: „welcher es ihm unmöglich macht, seinen Willen frei zu bestimmen.“

Die Annahme der freien Willensbestimmung ist die Grundlage der ganzen Lehre von der Zurechnungsfähigkeit. Mit ihr steht sie, mit ihr müsste sie fallen.

Sie verlangt aber durchaus nicht die absolute Willensfreiheit, deren Existenz die Naturwissenschaft nicht zugeben kann.

Sie begnügt sich mit der beschränkten Freiheit des Willens innerhalb des Gebietes dessen, was allgemein als recht oder unrecht

gilt, ja in noch engerem Masse dessen, was durch gesellschaftliche und staatliche Sanction als verpönt und nicht verpönt erklärt ist. Die Anerkennung des Umstandes von der Gesetzgebung durch Straflosigkeit oder mildere Bestrafung einschlägiger Handlungen, dass gewisse Sitten und Gebräuche, gewisse Anschauungen fest in einer Bevölkerung wurzeln, ist der beste Beweis, dass die Gesetzgeber die Absolutheit der Willensfreiheit nicht anerkennen, die Willensfreiheit nicht mehr als etwas an sich Gegebenes, sondern als etwas Gewordenes, als etwas organisch Entwickeltes betrachten.

Doch ist jetzt nicht Zeit, in dieses Thema weiter einzugehen, das nicht nebenbei behandelt werden darf. Es genügt, dass heute die allgemeine Anschauung diese Basis der Zurechnungsfähigkeit anerkennt, und dass das Gesetz sie deshalb in sich aufgenommen hat.

Der letzte Satz, der von der Unmöglichkeit spricht, das Strafbare seiner Handlungen einzusehen, ist wohl ein weiterer Beleg für das oben Gesagte. Die Straflosigkeit tritt nur ein, wenn Bewusstlosigkeit, krankhafte Hemmung oder Störung der Geistesthätigkeit die Unmöglichkeit herbeiführten; die Unwissenheit des Strafbaren aus anderen Gründen ist nicht straffrei.

Während die frühere Fassung den Umfang der Psychosen nicht vollständig deckte, ist dies jetzt der Fall. Es ist nicht jeder Geisteskranke, auch wenn er nicht an abwechselnder Sinnenverrückung, sondern an einer dauernden Erkrankung leidet, seiner Vernunft ganz beraubt. Die Praxis hat da öfters nicht den Wortlaut, sondern die Absicht des Gesetzgebers beachtet.

Eine Zurechnung in gemindertem Grade kennt der Entwurf nicht. Er führt nicht, wie das bestehende Gesetz, als Milderungsumstände bestimmte thatsächliche Verhältnisse an, wie Schwachsein an Verstand, Vernachlässigung in der Erziehung. Er setzt solche weite Grenzen im Strafausmasse, dass der Richter allen Einflüssen dieser Art Rechnung tragen kann, ohne an eine präzise Motivirung der Milderung gebunden zu sein. Dabei will ich durchwegs nicht in Abrede stellen, sondern hoffe sogar, dass eine spätere Entwicklung der Strafgesetzgebung vom Standpunkte der anthropologischen Forschung eine eingehendere Erhebung des Geisteszustandes aller Inculpaten, namentlich im Hinblicke auf seine organische Entwicklung fordern und eine Reihe Milderungsumstände zur Geltung bringen wird, die heute nicht bezeichnet und höchstens der individuellen Anschauung der Richter überlassen sind.

Dass für den Gerichtsarzt der Ausspruch über ein Maass der Zurechnungsfähigkeit in der Regel ein peinlicher ist, ist wohl wissenschaftlich zweifellos. Oft dient die Erörterung dieses Punktes dazu, das subjective Ermessen in zweifelhaften Fällen dem objectiven Ausspruche, dass man kein bestimmtes Urtheil fällen kann, zu substituiren. Für die Wissenschaft, wenn sie den Fall mit ihrer Leuchte ganz durchdringen kann, darf es keine Abschwächung ge-

ben; entweder ist die That durch den krankhaften Zustand beeinflusst, oder nicht. Was dazwischen zu liegen scheint, ist entweder Unzulänglichkeit der Mittel, den Zustand zu erforschen, also möglicherweise auch Unvollkommenheit der Lehre, oder individueller Fehler der Beurtheilenden. Sei es was es sei, es ist offen zu gestehen: das weiss ich nicht, wenn ich wissenschaftlich nicht das Eine oder das Andere mit Klarheit und Bestimmtheit behaupten kann.

Der Sachverständige ist nicht Richter; er hat diesem nur möglichst klar zu legen, wie der psychische Zustand des Beschuldigten beschaffen, in wie weit sein Urtheilen gehemmt oder beirrt, in wiefern dessen psychisch-motorische Thätigkeit durch den organischen Zustand beeinflusst war.

Es ist ganz richtig, es gibt in diesem Zustande eben so wenig wie in der gesammten Natur einen Sprung; das aut aut steht hier wie anderswo nicht durch eine Kluft geschieden; es liegt namentlich bei einer Reihe Gehirnerkrankungen, wo der Krankheitsprocess langsam verläuft, eine Reihe von Zwischenstadien zwischen dem, was wir als Durchschnittsnorm gesunder psychischer Thätigkeit annehmen, und dem, was diese Norm vollständig verschwunden erkennen lässt. Aber wir kennen nicht die Grenze, wo wir sagen können, in diesem Momente ist ein bestimmtes Urtheilen und Handeln ausser jedem Zusammenhange mit der schon bestehenden Gehirnerkrankung, und im nächsten Momente ist es von ihr beeinflusst. Die organischen Associationsfäden zwischen den einzelnen Thätigkeits-Centren sind uns in ihrer reichen Mannigfaltigkeit im Hirnbaue anatomisch und physiologisch gerade nur so weit bekannt, dass wir ausser den bekannten noch andere krankhafte Associationsvorgänge ahnen müssen, die sich bis heute durch unsere empirischen psychologischen Kenntnisse so wenig als durch die Theorie klar stellen lassen.

Es gilt daher als Grundsatz, dass, der als geisteskrank erkannt ist, auch nicht straffällig werden kann.

Hinsichtlich der nicht unmittelbar das Gebiet der Psychiatrie berührenden Altersfrage gegenüber der Zurechnungsfähigkeit weicht der Entwurf vom bestehenden Gesetze ab. Die strafrechtliche Verfolgung ist nicht gestattet bis zum 12. Lebensjahre. Vom 12.—18. Lebensjahre ist nur Jener straflos, dem die zur Erkenntniss der Strafbarkeit der Handlung erforderliche Einsicht fehlte; ist dies nicht der Fall, so treten in dieser Lebensperiode mildere Strafen ein. Im bestehenden Gesetze wird bis zum 10. Jahre ein Kind der häuslichen Züchtigung überlassen, vom 11.—14. J. wird das Verbrechen als Uebertretung bestraft. Milderungsumstände bei Verbrechen ist das Alter unter 20 Jahren. Man sieht, dass der Entwurf auch hier im Ganzen gerechter ist, doch erscheint das Alter von 18 Jahren für viele Fälle als ein zu tief gegriffenes Maximum. Dagegen gelten die Bestimmungen gegenüber allen strafbaren Handlungen, was im bestehenden Gesetze nicht festgesetzt ist.

Dass behufs Durchführung des Strafgesetzes die Strafprocessordnung die wichtigsten, massgebendsten Anleitungen zu geben hat, begreift sich, denn in dieser Richtung wird in praxi allüberall mehr gefehlt, als in der Interpretation und Anwendung des Gesetzes.

Die Grübelsucht, ein psychopathisches Symptom.

Von Dr. O. Berger, prakt. Arzt und Privatdocent in Breslau.
(Arch. f. Psychiatrie. VI. Band, 1. Heft.)

Anknüpfend an einen Vortrag Griesinger's, welchen derselbe wenige Monate vor seinem Tode in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft hielt und in welchem derselbe drei Fälle eines eigenthümlichen, wenig bekannten psychopathischen Zustandes anführt und bespricht, in dem sich die Kranken in einer ihnen früher völlig ungewohnten Weise fortwährend mit unbezwinglichen inneren Fragen und Grübeln nach dem Grunde für alles Mögliche, was sie umgibt oder an das sie gerade denken, beschäftigen, theilt der Verf. zwei, von den Griesinger'schen Fällen nicht wesentlich differente, sehr interessante Krankengeschichten mit. Die erste davon betrifft einen 23jährigen, blühend aussehenden Candidaten der Rechte, welcher seine eigene Krankengeschichte in einem umfangreichen, vortrefflich abgefassten Berichte an den Verf. selbst schildert.

Der sehr gekürzte Inhalt derselben ist folgender: Der hereditär von psychopathischer Voranlegung vollkommen freie Patient war vor dem Eintreten dieser eigenthümlichen Zustände vollkommen gesund, stand allen Excessen ferne, seine inneren Organe sind normal. Derselbe war nach 4jährigem Universitätsstudium daran, sein Referendariats-Examen zu machen, und studirte deshalb anhaltend durch 4 Monate hindurch täglich 8—10 Stunden. Patient selbst meint, dass das Wesentliche und Charakteristische seines Zustandes darin bestehe, dass die früher vereinigten und wie eine Kraft zusammenwirkenden Geisteskräfte sich nach zwei verschiedenen Richtungen, deren jede für sich thätig ist, getrennt zu haben scheinen. Es trat dieser krankhafte Zustand allmälig ein, wenn Patient von der Arbeit ausruhte und dann so an Nichts und Alles dachte. Zuerst erfolgte ein Ueberstürzen und Abschweifen der Gedanken, oder es traten zu dieser Zeit auch directe Grübeleien über die Ursache der ihn umgebenden Gegenstände auf. Z. B. Warum lautet das Wort „Mensch“ so und nicht anders, oder warum hat der Stuhl im Zimmer vier Beine etc., und über jede dieser Fragen wird fort gegrübelt, fort gefragt und gedacht bis die Gedanken aus den Hunderten in Tausende kommen und mit rasender Schnelligkeit immer mehr und mehr von der Bahn der Wirklichkeit abirren. — Patient versuchte dann, wenn der Paroxysmus fortschreitet,

an recht nüchterne Dinge zu denken, sucht sich zu zerstreuen, jedoch bei der ungeheuren Schnelle mit der die Gedanken auf einanderfolgen, ist dies unmöglich, Patient wird ängstlich, er beginnt zu schwitzen, sein Gesicht röthet sich und, obwohl er über der Situation steht, kann er seine Gedanken doch nicht mehr beherrschen, er wird körperlich schwach, es tritt ein eigenthümliches Gefühl von Uebelkeit auf, es stellen sich ruckweise kurz dauernde Zuckungen ein, die sich vom Kopfe nach Schultern und Brust, selten weiter, ausdehnen; dabei ist von geistiger Thätigkeit nur noch ein dumpfes Bewusstsein, jedoch keine vollkommene Bewusstlosigkeit vorhanden, und erst allmälig in derselben Reihenfolge wie er gekommen, geht der Zustand wieder zurück. Patient besinnt sich darnach nur noch auf einzelne Gedanken; die Dauer eines solchen Zustandes ist von 1 Stunde bis zu $^1/_2$ Tage. Die Anfälle traten, als Patient forcirt arbeitete alle 3—4 Tage, ja zwei Tage nach einander auf, bei häufigem Aergern öfter, wurden seltener bei Ruhe auf dem Lande; verschwanden endlich ganz bei Landaufenthalt, vollständiger geistiger Ruhe, unter der Anwendung mässig hydrotherapeutischer Proceduren und dem anhaltenden Gebrauche von Bromkalium.

In den epikritischen Bemerkungen, die der Verf. zu dieser Krankengeschichte macht, sucht er darzuthun, dass dem regelmässigen Beginne eines solchen Anfalles meist Grübeleien vorausgehen und erst nachdem Patient denselben nicht mehr Trotz zu bieten vermag, sich aus diesen Grübeleien heraus der eigentliche Anfall entwickelt, so dass der Anfall eigentlich nichts anderes sei, als eine zeitweise bis auf's höchste potenzirte Grübelsucht.

Weiters sucht Verf., wie ich glaube wohl nicht ganz mit Recht, diese Zustände vollkommen von epileptoiden zu trennen, obwohl das aufsteigende Gefühl der fliegenden Hitze im Gehirne, die kurzdauernden Zuckungen, das anfallartige Auftreten, besonders nach Gemüthsbewegungen, das Verschwinden des Zustandes bei geistiger Ruhe und fortgesetztem Gebrauche von Bromkalium sehr auf epileptoide Zustände hinzudeuten scheint. Griesinger selbst hat in einem Vortrage über die psychischen Störungen epileptischer Individuen, nach Angabe des Verf., auf das seltsame Grübeln solcher Kranken hingewiesen.

Gestützt auf die Angaben der Krankengeschichte, dass eine fliegende Hitze bei den Anfällen im Kopfe aufsteige, ja auch innerhalb des Kopfes während derselben eine brennende Hitze bemerkt werde, glaubt Verf. mit einiger Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein einer cerebralen Hyperämie annehmen zu dürfen.

Der zweite Fall betrifft einen 20jährigen Kaufmann von mässigen Geistesanlagen ohne hereditäre Disposition, welcher im 10. Lebensjahre lungenleidend war, seit dem 16. Jahre mehrere Jahre hindurch an ausserordentlich häufigen nächtlichen Pollutionen litt, dadurch sehr herabkam, physisch wie psychisch, so dass Patient

besonders an Tagen nach den Pollutionen, kaum mehr das einfachste Rechenexempel lösen konnte. Gleichzeitig waren auch heftige Schmerzen und grosse Schwäche in den unteren Extremitäten vorhanden; später besserten sich diese Zustände mit den gleich zu erwähnenden psychopathischen nach einer Cur in Gräfenberg. Während des Bestehens dieser körperlichen Schwächezustände stellte sich auch öfters ein Drang zum Nachdenken über allerlei Dinge ein, es bemächtigte sich des Kranken ein oft stundenlang anhaltendes Grübeln über mancherlei Fragen und Gedanken; z. B. Wie viel Jahre es dauern werde, bis die Welt so entvölkert sei, dass sie nicht mehr bestehen könne; oder in Gedanken über den „geschlechtlichen Umgang" oder „die Entstehung des Menschen", da Patient viele diesbezügliche populäre Schriften las, welchen er sich nicht erwehren konnte. Körperlich war nur starkes Herzklopfen, ohne organische Erkrankung, und ein Wärmegefühl vorhanden, jedoch unabhängig von dem Auftreten der Grübeleien.

Bei diesem Patienten, jedenfalls einem Hypochonder, glaubt Verf. epikritisch Anämie des Gehirnes bei dem durch zahlreichen Spermaverlust sehr herabgekommenen Manne annehmen zu können, da ja, wie aus vielfachen Analogien bekannt, Anämie und Hyperämie als Ursachen einer und derselben Erscheinung im Gehirne, nämlich den gesteigerten Empfindlichkeiten des centralen Nervensystems fungiren können.

Schliesslich erwähnt Verf., dass der Verlauf beider Fälle ein allmälig ansteigender und wieder abfallender gewesen sei und in beiden Fällen vollständige Wiederherstellung eintrat.

Dr. Schlangenhausen.

Zur Hirnarteriensyphilis.

Von Baumgarten.

(Arch. v. Wunderlich. 1875. 5. B.)

B. konnte im Allgemeinen die schönen Resultate, welche Heubner über die luetische Erkrankung der Hirnarterien veröffentlicht hat (vergl. psych. Centrlbl. 1874, pag. 201) bestätigen, doch ist er der Ansicht, dass dieser pathologische Process immer primär in der Adventitia der Arterien beginne. Er findet constant eine Kernwucherung, eine Ansammlung lymphoider Körperchen bei Beginn der luetischen Erkrankung in der Adventitia, und von dieser in Reizung versetzten Peripherie aus erfolge erst die Infection des Endothels, welche zur Ablagerung der Neubildung zwischen diesem und der Membrana fenestrata führt.

Er sieht daher auch als ein wichtiges Merkmal, welches die Unterscheidung des syphilitischen Processes von dem atheromatösen

in den Hirnarterien ermöglichen soll, diese Zelleninfiltration der Adventitia an.

Als ein weiteres wichtiges Kennzeichen, welches die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden ähnlichen Erkrankungsformen erleichtert, hebt er dann auch die bei der Atheromatose nie fehlende Atrophie der Tunica media, der Muscularis hervor, wodurch der für die atheromatöse Neubildung nothwendige Raum geschaffen, und eine allmälige Verschliessung der Arterie, wie bei der Syphilis, verhindert wird. H. B. Obersteiner.

Aus dem Vereine.

Protokoll der Sitzung vom 29. December 1875.

Vorsitzender: Herr Reg.-R. Prof. Meynert.

Die Herren Dr. Babajef Babaian, kaiserl. russischer Rath, Dr. Hoffmann, k. k. ordentlicher Professor der gerichtl. Medizin in Wien und Dr. Svetlin, Assistent an der psychiatrischen Klinik des Herrn Prof. Leidesdorf, werden zu ordentlichen Mitgliedern gewählt.

Hierauf folgt die von Herrn Prof. Leidesdorf angeregte Discussion über Mordmonomanie.

Anknüpfend an den Fall Thouviot und das darüber abgegebene Gutachten der französischen Irrenärzte leitet Prof. Leidesdorf die Discussion über Mordmonomanie ein. — Ein von krankhaften Gefühlen, Vorstellungen oder Sinnestäuschungen unabhängiger Instinct zu morden wird von Prof. Leidesdorf in Abrede gestellt. — Die genaue Prüfung aller in der Literatur verzeichneter, zum impulsiven Mordtriebe gezählter oder zu Gunsten seines Vorkommens angeführter Fälle lassen sich auf die oben erwähnten krankhaften Verhältnisse zurückführen. Sie gehören theils epileptoiden, theils epileptischen Zuständen, theils der transitorischen Manie, theils endlich einer Form der Melancholie an, welche die Franzosen als Monomanie raisonnante beschreiben, theils der secundären partiellen Verrücktheit, wobei nicht zu übersehen ist, dass derlei Kranke ihre Wahnideen oder Hallucinationen in consequentester Weise zu verschweigen wissen.

Das Impulsive gewisser Gewaltthaten in den erwähnten Formen psychischer Störung müsse man zugeben, aber nicht in der Weise, als ob solche Impulse ohne bekannte krankhaft psychologische Motivirung vorkommen können.

In einer grossen Zahl von Fällen, welche zu Gunsten eines impulsiven Mordtriebes angeführt werden, ist es im Beginne nur eine grosse Angst, welche den melancholisch Verstimmten befällt, Jemand morden zu müssen; eine Angst, wie sie in allen Formen der Melancholie andauernd oder transitorisch vorzukommen pflegt,

und von der niemals vorauszusehen ist, mit welchen Vorstellungen quälenden Inhaltes, mit welchen Befürchtungen sie sich verbinden werde.

L. führt mehrere dahin gehörige Fälle seiner Beobachtung an.

Wendet man das bisher Gesagte auf den Fall Thouviot an, so ergibt sich, dass derselbe seit seinem 15.—16. Jahre angefangen hat, sich überall misshandelt und zurückgesetzt zu fühlen, dass sich seiner eine grosse Ruhelosigkeit und Unstätheit bemächtigt hat, dass unter Zunahme und Steigerung dieses Zustandes zuerst der Gedanke, oder besser gesagt, die Furcht in ihm aufgetreten ist, er könne oder müsse eine ihm indifferente Magd seines Dienstgebers, später, er müsse seine Mutter ermorden.

Dieser Gedanke verfolgt ihn, er wird ihn nicht los, er flieht zu wiederholten Malen Paris, um sich von dieser Idee zu befreien und die Möglichkeit, sie auszuführen, zu beseitigen. Endlich nach vorausgegangenen Gemüthsbewegungen wird der Gedanke, Jemanden zu ermorden, zum Entschluss, und er tödtet nach längeren Seelenqualen eine ihm gänzlich unbekannte Person. In seinem Notizbuche, welches man bei seiner Verhaftung vorfand, findet sich folgende bezeichnende Stelle: „Man frägt mich, warum ich getödtet habe? Nun ganz einfach, um aus der Lage herauszukommen, in der ich mich befinde.

Nach dieser Sachlage der Dinge scheint es demnach auch in dem Falle Thouviot nicht zulässig, darauf die Lehre einer instinctiven Mordmonomanie zu gründen, und die Mordthat als eine rein impulsive Handlung eines sonst psychisch Gesunden hinzustellen; eine solche Lehre oder Annahme ist nach L. in diesem wie in allen ähnlichen Fällen nicht haltbar und führt zu bedenklichen Consequenzen.

Herr Dr. Flechner stimmt der hier entwickelten Ansicht vollkommen zu; die Affaire Thouviot erinnere ihn an Fälle von sog. Brandmonomanie, wo heftige Angstanfälle vorhanden waren.

Herr Prof. Meynert betont, dass allerdings der Pariser psychiatr. Congress die Monomanien noch in die Zähltabellen aufgenommen, dass aber vor 3 Jahren in der Schweiz, wo die Ansicht der Schweizer und deutschen Psychiater zum Ausdrucke kam, keine Rede mehr davon gewesen sei. Bei der Annahme von Monomanien müsste man schliesslich so viele derselben annehmen, als menschliche Handlungen existirten; dann bilde z. B. der von Spielmann citirte Fall eine Frauenschuhstehlmonomanie.

Eine mögliche Erklärung des Falles Thouviot — und nur solche könne man ohne Autopsie versuchen — liege doch in den epileptoiden Anfällen; Pat. sei nach der Schilderung an jenem Tage nicht stimmungslos gewesen; es könne eine kurz dauernde Tobsucht vorhanden gewesen sein; er zeige auch die dem Epileptiker eigenthümliche Reizbarkeit.

Dr. Höstermann berichtet über einen kürzlich auf der psychiatrischen Klinik beobachteten Fall, der ohne die eingehendste Untersuchung leicht als Selbstmordmonomanie aufgefasst werden konnte. Ein junger Bursche wurde wegen Selbstmordversuches zur Klinik gebracht, er ist ganz klar, ruhig, weiss kein Motiv für seine That, welche er ohne vorherige Verstimmung, plötzlich seine gewohnte Arbeit unterbrechend, unternommen. An eine unmittelbar nach Vereitlung des ersten Versuches vor den Augen der Leute thatsächlich beabsichtigte Wiederholung kann er sich nicht erinnern. Es sei ihm, sowie an jenem Tage, zuweilen der Gedanke: „Bring dich um" gekommen, aber immer schnell vorübergegangen. Weiterhin gab er auf Befragen an, dass ihm zuweilen wie ein Schleier vor die Augen komme, und dass er dabei ein Kribbeln in der Stirn verspüre. Bei der weiteren Beobachtung bestätigte sich der Verdacht, dass Epilepsie vorliege: eines Tages zeigte der sonst heitere Kranke ein scheues, trotziges Wesen, welches 2 Tage anhielt, während welcher Zeit wieder die neuralgische Sensation, das Flimmern vor den Augen und die Selbstmordgedanken auftraten, — Kurze Zeit darnach folgten auf eine Gemüthsbewegung unter denselben Symptomen der Aura und des Gefässkrampfes mehrere heftige Tobsuchtsanfälle mit Hallucinationen, für welche vollständige Amnesie vorhanden war.

Herr Sanitätsrath Dr. Gauster, auf dessen Abtheilung sich Patient gegenwärtig befindet, ergänzt diese Mittheilung: der Kranke hat auch in der Irrenanstalt einmal nach kurzdauernder Verstimmung einen Tobsuchtsanfall, dann nach einer tagelangen Verstimmung einen ausgebildeten epileptischen Anfall gehabt.

Die Affaire Th. anlangend, scheine auch ihm in dem Gutachten kein genügendes Material vorzuliegen, um eine endgiltige Ansicht auszusprechen; die zu leichte Beseitigung der Frage, ob Epilepsie vorliege, scheine für subjective Färbung der Thatsachen zu sprechen. Die Ansichten Prof. Leidesdorf's über Monomanie theile er vollkommen.

Als zweiter Punkt der Tagesordnung folgen die von Dr. Höstermann gemachten casuistischen Mittheilungen über Intermittens und Epilepsie*).

In der darnach abgehaltenen Discussion erwähnt Herr San.-R. Dr. Gauster einen Fall, wo Intermittens bei einem Erwachsenen larvirt als Chorea minor auftrat und nach mehrmaligem Chiningebrauche verschwand.

Herr Dr. Obersteiner macht auf das häufige Auftreten von paralytischem Blödsinne nach Intermittens aufmerksam.

Hierauf theilt Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe die Ergänzung zu einem Falle mit, in welchem das gerichtsärztliche Gutachten auf verminderte Zurechnungsfähigkeit lautete, und den er in

*) Werden dem vollen Inhalte nach in Nr. 2 dies. Bl. erscheinen. D. R.

der Sitzung vom 3. April 1875 (Psych. Centralbl. vom 23. April Nr. 4 p. 50) besprochen hatte. Der wegen zahlreicher Pressdelicte damals verurtheilte Inculpat H. P. kam, nachdem er sich nach seiner Entlassung aus der Strafhaft ganz ähnliche Verstösse gegen das Pressgesetz hatte zu Schulden kommen lassen, neuerdings in Untersuchungshaft, und wurde auch ein neuerliches Gutachten über dessen Zurechnungsfähigkeit vom Gerichte abverlangt, das diesmal auf Unzurechnungsfähigkeit lautete. Bei der im October 1875 wiederholt von Dr. Ruben und dem Vortragenden vorgenommenen Untersuchung erwiesen sich die übertriebenen Ideen H. P.'s von seinen übermenschlichen Fähigkeiten einerseits, von seinen unsterblichen Verdiensten um das österreichische Staatswesen andererseits wirklich als schon vollkommen eingewurzelte Wahnvorstellungen, die überdiess durch die Art und Weise, wie sie zur Aeusserung gebracht wurden, und durch die Richtung, welche sie den allgemeinen Lebensanschauungen des Inculpaten und seinen Plänen für die Zukunft gaben, in eminenter Weise die Entwicklung eines erheblichen Schwachsinnes bei H. P. darthaten. Die neuerlich vorgenommenen Untersuchungen erwiesen noch viel deutlicher als früher, wie P. in der Beschäftigung mit den Ideen von seinen unbezahlbaren Verdiensten um das österreichische Finanzwesen sich selbst nichts als eine Reihe von Vorspiegelungen vormachte, und endlich in dem festen Glauben an das sich selbst Vorgegaukelte immer mehr bestärkt wurde, trotzdem er in seinen eigenen Mittheilungen sich in jedem Momente auf grellen Widersprüchen ertappen lässt. Bald will er z. B. durch Minister Plener um den Entwurf seines Gebührengesetzes gebracht worden sein, indem dieser einfach ein Plagiat von seinem Entwurfe machte, was er ihm in der „Neuen freien Presse" vorgeworfen haben will; bald behauptet er wieder, seine Verdienste um dieses Gebührengesetz seien von Plener in vollem Umfange anerkannt und ihm ein beliebiger Orden dafür angeboten worden, den er natürlich mit souveräner Verachtung zurückwies. Am deutlichsten erhellt der zunehmende Schwachsinn P.'s aus seinen Plänen für die Zukunft, die heute eine Stelle bei der städtischen Assekuranz in Wien, morgen eine Verwendung bei der Weltausstellung in Philadelphia von Seite der österreichischen Regierung anstreben, und endlich ihn zu der Hoffnung verleiten, die Regierung könne ihm die Mittel an die Hand geben, um durch längere Reisen in China Studien über die Entwicklung jener Länder zu machen, denn der Osten sei der Schwerpunkt der Zukunft.

Nicht mit Unrecht glaubten die Sachverständigen dem Inculpaten die traurige Prognose stellen zu müssen, dass über kurz oder lang eine Art von Querulanten-Wahn bei ihm sich herausbilden dürfte, indem er seine eingebildeten Verdienste allerorts geltend zu machen und auf Grund derselben volle Anerkennung zu erzwingen versucht, und doch überall, in günstigen Fällen mit einem mitleidigen Lächeln, abgewiesen wird.

Nachdem die weitere Entwicklung der psychischen Störung H. P.'s in der geschilderten Weise gekennzeichnet worden, glaubten sie mit vollem Rechte die gänzliche Unzurechnungsfähigkeit desselben bezüglich der ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen aussprechen zu können. Dr. C. Hoestermann.

Notizen.

Concurs für die Pläne der neuen böhmischen Irrenanstalt. Der böhmische Landesausschuss hat entsprechend den Beschlüssen der Preis-Jury dem Plane „Dymphne" den 2. Preis mit 2500 fl., dem mit dem Motto: „Humanitas" und jenem mit dem Wahlspruche: „Psychiatria sit symbolum humanitatis" je 1500 fl. als 3. Preis zuerkannt; der Verfasser des ersten soll der in Prag lebende Architekt Beneschek sein, dessen Memoire übrigens die Anonymität nicht vollständig gewahrt haben soll. Diesem Architekten soll auch die Bauleitung übertragen werden. Als Verfasser des 2. Projektes nennt man Architekten Schlimp, bis nun in Prag, als den des 3. Janofski in Wien. Den Betheilten wurde keine Motivirung der Preisvertheilung bekannt gegeben.

Internationaler medizinischer Congress in Philadelphia. Derselbe wird vom 4.—9. September d. J. abgehalten, und werden alle ärztlichen Vereine der Welt eingeladen, Delegirte zu demselben zu senden. Ausserdem werden hochstehende Fachgelehrte besonders eingeladen, und distinguirte ärztliche Besucher können als stimmführende Mitglieder zugelassen werden. Der Congress theilt sich in 9 Sectionen, darunter eine für Geisteskrankheiten. Näheres geben die Secretäre Richard Dunglison 814 N. 16. Street und R. M. Bertolet 113 S. Broad Street in Philadelphia bekannt.

Personalien.

Herr Dr. Zimmermann hat nach Director Dr. Maresch's Abgang wieder die ärztliche Leitung der Privat-Irrenanstalt der Frau Pabst übernommen, die er schon in früheren Jahren geführt hat.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Mittwoch den 26. Jänner 1876 um 6½ Uhr Abends.

1. Herr Reg.-R. Prof. Meynert: Ueber Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes.
2. Bericht des Comités für Irrenzählung.
3. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Ruben: Gerichtsärztliches Gutachten.

Von den Jahrgängen 1871—1874 sind noch vollständige Exemplare zu beziehen.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

29. Februar 1876. Nr. 2.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Preis des Jahrganges **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Mariannengasse 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Prof. v. Krafft-Ebing: Zur Casuistik und Therapie des periodischen Irrsinns. — Höstermann: Intermittens und Epilepsie. — Prof. Nothnagel: Beobachtungen über Reflexhemmung. — Aus dem Vereine: Protokoll der Sitzung vom 26. Jänner 1876. — Personalien. — Programm der Vereinsversammlung am 1. März 1875.

Zur Casuistik und Therapie des periodischen Irrsinns

von Prof. v. Krafft-Ebing in Graz.

Ein häufiges und bemerkenswerthes klinisches Krankheitsbild bietet sich in Gestalt von jeweilig aber nur zur Zeit der Menstruation auftretenden maniakalischen Paroxysmen.

Dass solche Zustände zur Krankheitsgruppe des periodischen Irrsinns gehören, ergibt sich ausser der zeitlichen Verknüpfung mit periodisch wiederkehrenden physiologischen Lebensphasen, aus dem fehlenden melancholischen Prodromalstadium, dem brüsken Auftreten und Verschwinden des ganzen Symptomencomplexes, dem Umstande, dass sowohl Symptome als auch Verlauf bis in's kleinste Detail mit dem ersten Paroxysmus übereinstimmen und auch in der intervallären Zeit mannigfache nervöse und psychische Elementarstörungen sich vorfinden, die den Beweis liefern, dass die zu Grunde liegende Hirnaffection nur mehr oder weniger latent geworden, nicht vollständig ausgeglichen ist.

In den zahlreichen mir bekannt gewordenen Fällen dieser periodischen Sexualpsychose war eine erbliche Belastung jeweilig nachzuweisen und äusserte sich meist früh, sicher aber von der Phase des beginnenden geschlechtlichen Lebens an in mannigfachen nervösen und elementaren psychischen Störungen.

Zuweilen finden sich bei den hieher gehörigen Fällen functionelle Störungen im Bereich der Geschlechtsorgane oder auch notorische Veränderungen, namentlich Lagefehler, doch schwindet die Bedeutung dieses ätiologischen Factors gegenüber der Mehrzahl, in welchen durchaus keine derartigen Anomalien erkennbar sind. Die physiologische Phase der Menstruation muss dann als die einzige und jeweilig zur vollen Wirksamkeit gelangende Gelegenheitsursache des Leidens anerkannt werden. Die zur Zeit der Menses schon physiologisch vorhandene gesteigerte Erregbarkeit des centralen Nervensystems steigert sich in dem schon von Geburt aus abnorm reizbaren Gehirne zu einem Irritationszustande von solcher Höhe, dass, so lange der vom Sexualnervensystem ausgehende Reiz andauert, ein maniakalischer Krankheitszustand vorhanden ist.

Zuweilen tritt die Manie prämenstrual ein, häufiger erst im Verlauf der Menstruation oder nach derselben. Die triste Prognose der periodischen Irrsinnsformen, namentlich der menstruellen, ist bekannt. In jeder grösseren Irrenanstalt findet sich eine nicht geringe Zahl solcher Unglücklichen, bei denen mit der typischen Wiederkehr der maniakalischen Stürme die Integrität des psychischen Lebens auch in der intervallären Zeit immer mehr nothleidet, und die traurigen Ausgänge der allgemeinen Verwirrtheit und Dementia zu constatiren sind.

Die mächtig die Erregbarkeit des centralen Nervensystems herabsetzende Wirkung des Bromkali, wie sie bei vielen Epileptikern zur Geltung kommt, liess es angezeigt erscheinen, mit diesem Mittel Versuche anzustellen, ob sich nicht auch bei den Fällen von periodischem menstrualem Irrsinn, wo es ja nur vorübergehend darauf ankommt, das centrale Nervensystem widerstandsfähiger gegen eine temporäre functionelle Reizung zu machen, durch eine künstliche Herabsetzung der cerebralen Erregbarkeit mittelst Bromkali die fatale typische Wiederkehr der Paroxysmen vermeiden lasse. Eine grössere Zahl von freilich veralteten, schon viele Jahre bestandenen, hierher gehörigen Fällen widerstand einem derartigen therapeutischen Versuche völlig oder bot nur Milderung der Symptome; dagegen war es in zwei frischen Fällen, in welchen noch rechtzeitig der Typus der Krankheit erkannt wurde, möglich, durch Bromkali-Therapie der Wiederkehr der gefürchteten Anfälle Einhalt zu gebieten. Ich halte es für geboten, die Collegen mit dem Detail dieser Krankengeschichten sammt ihren Versuchsfehlern bekannt zu machen, in der Hoffnung, dass das eingeschlagene therapeutische Verfahren sich auch bei anderen Beobachtern bewähren und namentlich die Collegen in der grossen Praxis ausserhalb der Anstalten in den Stand setzen möge, bei frischen Fällen tuto, cito et jucunde, d. h. ohne die Kranke einer Anstalt übergeben zu müssen, sie zu heilen und damit vor einem traurigen Schicksale zu bewahren.

Was die Art und Weise der Bromkali-Behandlung in solchen

Fällen betrifft, so möchte ich den therapeutischen Versuch in dem 2. Falle nicht als einen mustergiltigen betrachtet wissen. Es scheint mir unnöthig, das Bromkali auch in der intervallären Zeit nehmen zu lassen, und damit lässt sich einer eventuellen Bromkali-Intoxication, wie sie im erwähnten Falle eintrat, gewiss begegnen. Von der grössten Wichtigkeit ist es meines Erachtens, genau festzustellen, in welcher Phase der Menstruationszeit die Anfälle einzutreten pflegen und die Termine der eingetretenen und zu erwartenden Menstruation genau zu notiren, einige Tage vor dem zu erwartenden Anfall mit voller Dosis (nicht unter 4·0 pro die) Bromkali die Behandlung zu beginnen, die Tagesdosis (10—15,0 im Maximum) so zu steigern, dass die Maximaldosen mit der Zeit des zu erwartenden Aufalles zusammenfallen und mit der Dosis dann während einiger Tage abzusteigen, bis wieder die Anfangsgabe von etwa 6·0 erreicht ist und dann die Therapie bis gegen den nächsten Menstruations- und Anfallstermin zu suspendiren. Selbstverständlich ist völlige psychische und körperliche Ruhe, am besten Bettlage in der ersten Zeit der Behandlung während der jeweiligen Menstruationstermine wünschenswerth.

1. Beobachtung. Frau Detmer aus Steiermark 33 J. stammt von einem hypochondrisch-melancholischen Vater und einer nervösen Mutter. Eine Schwester ist sehr reizbar, jähzornig. Pat. von latenter Heredität bis zum Alter der Pubertät, menstruirte mit 12 Jahren, zeigte später ein nervöses, reizbares Temperament, heirathete mit 25 Jahren, gebar zwei Kinder, letzte Geburt vor zwei Jahren. Von jeher geneigt zu Obstipation und Hämorrhoiden. Seit einem Jahre erschien Pat. verdrossen, übelgelaunt, reizbarer, namentlich zur Zeit der Menses, die früher regelmässig und reichlich, seit 6 Monaten zwar regelmässig aber spärlich flossen. Dabei unstetes, aufgeregtes Wesen, übertriebenes Besorgtsein um das Wohl der Kinder. Diese psychische Veränderung wurde von den Verwandten auf Rechnung thatsächlicher ehelicher Misshelligkeiten und harter Behandlung von Seiten des Gemahls gesetzt. Anfangs Februar 1873 steigerte sich die Unstetigkeit und Gereiztheit, verband sich mit Kopfschmerz, Schwindel und Oppression im Epigastrium. Am 7. Februar trat ganz acut ein maniakalischer Anfall während der Menstruation auf, der Patientin schon in den folgenden Tagen der Irrenanstalt zuführte. Sie war sexuell sehr erregt, äusserst obscön, das Bewusstsein sehr gestört. Der Anfall spielte sich als Tobsucht ab und verschwand nach zehn Tagen ebenso plötzlich wie er gekommen war. Pat. hatte nur summarische Erinnerung für diese Krankheitsperiode, erinnerte sich u. A., dass sie in einer Zelle war, viele Farben an den Wänden sah und confusen Lärm hörte. Sie war nun psychisch frei, aber nervös sehr erregbar und wurde in diesem Zustande von den Angehörigen zurückgenommen.

Nach einem Spaziergange am 23. März fühlte Pat. sich plötzlich unwohl, bekam Lachkrämpfe und verfiel mit dem gleichzeitigen

Eintritte der Menses wieder in Tobsucht die nach 10 Tagen bei bis in's Detail dem ersten Anfall gleichendem Krankheitsbilde plötzlich wieder verschwand. Auch diesmal nur summarische Erinnerung, die sich auf das Bewusstsein, viel gelärmt und gesungen zu haben, reducirte.

Am 23. April mit Eintritt der Menses 3. Anfall von Tobsucht, diesmal von 3 Wochen Dauer, plötzlich kommend und schwindend. Darauf psychisch frei, nur matt, grosses Schlafbedürfniss.

Pat. von schlankem Wuchse, guter Ernährung, vegetative Functionen ungestört. Keine Degenerationszeichen. Puls 80. Uterus 1″ über dem Introitus vaginae, etwas vergrössert und antevertirt. Die vordere Muttermundslippe stark gewulstet und hypertrophisch. Das hintere Scheidengewölbe auf Druck empfindlich.

Vom 28. Mai an 2·0 Bromkali täglich. Vom 1. — 6. Juni Menses ohne irgend welche Störung des Befindens. Mitte Juni Spuren von psychischer Erregtheit, Bewegungsunruhe, kneipende, jukkende Gefühle in der Kopfhaut, welche Erscheinungen auf 4·0 Bromkali täglich und einige Injectionen von Extr. opii aquos. sich bis zum 25. Juni verloren. Unter Fortgebrauch von 4·0 Bromkali verlief ein weiterer Menstruationstermin vom 27. Juni bis 2. Juli, ohne alle bedrohlichen Symptome. Am 4. Juli wurde das Bromkali, das ausser einer leichten Akne keine Nebenwirkungen zeigte, ausgesetzt.

Am 23. Juli wurde wieder mit 2·0 Bromkali begonnen, vom 24. an auf 4·0 gestiegen. Die Menstruation vom 27.—31. Juli verlief ohne die geringste Schwankung des Befindens. Da auch intervallär keine Krankheitserscheinungen mehr wahrnehmbar gewesen waren, wurde Patientin Anfang August entlassen mit dem Rathe, bei nahender Menstruation sich ruhig zu verhalten und 4·0 Bromkali zu nehmen. — Trotz sehr unbehaglicher ehelicher Verhältnisse und vielfachem häuslichen Kummer erhielt sich die Gesundheit und verlief die Menstruation im August ohne alle Beschwerden. Den Erfolg der Behandlung zu beobachten verhinderte ein tragisches Ereigniss — der im September aus Kummer über traurige häusliche Verhältnisse stattgefundene Selbstmord der Unglücklichen. Es bestand kein Grund zur Annahme, dass derselbe in einem Anfalle von Irrsinn erfolgt sei.

2. Beobachtung. Fräulein Elmer 23 J. stammt aus einer Familie, in welcher Nervenkrankheiten zu Hause sind. Muttersvater war ein exaltirter Mann, Muttersbruder irrsinnig, Vatersschwester wahnsinnig, Vatersbruder exaltirt, Bruder der Kranken ein excentrischer Mensch, der einen Anfall von Melancholie hatte. Pat. als Kind scrofulös, entwickelte sich ungewöhnlich schnell, war sehr talentirt, von jeher excentrisch, zur Schwärmerei geneigt, nervös und gemüthlich sehr erregbar. Menses mit 16 Jahren, in der Folge regelmässig, aber häufig profus. Mit 18 Jahren hysteriformes Krankheitsbild

mit klonischen und tonischen Krämpfen. Später grosse Nervosität und häufige Ohnmachten. Im Sommer 1874 verliebt sich Pat. in einen Herrn, der gar nichts davon ahnte, gerieth in eine exaltirt schwärmerische Stimmung, wurde endlich von ihren Verwandten aus ihren Illusionen gerissen, war in der Folge hypochondrisch melancholisch verstimmt, wurde abulisch, meinte, sie habe einen Herzfehler, werde nun bald sterben.

Am 20. October Menses, einige Tage darauf exaltirte Stimmung, muthwilliges, unruhiges Wesen, Schlaflosigkeit. Am 30. Oct. entwickelte sich binnen wenigen Stunden das Bild einer hochgradigen Tobsucht. Heiterer Affect bis zur Exstase, grosser Bewegungsdrang, Gedankenflucht, Verworrenheit, Silbenstecherei und Reimerei. Erotische Richtung im Delir. Sie ist schwanger, faselt beständig von Herz, Liebespfand, Uhland, ihrem göttlichen Theodor, dem sie Herz und Hand weiht. Die Umgebung wird aus reiner Bewegungslust geschlagen und getreten. Dabei Salivation, keine Fluxionserscheinungen zum Gehirn. Puls klein 80, keine Anämie, keine motorischen oder sensiblen Functionsstörungen. Constipation. Prolongirte Bäder. Kali brom. 4·0. Am 6. November plötzlicher Uebergang der Tobsucht in Ruhe, Lucidität mit Krankheitseinsicht. Pat. sehr emotiv, auch für akustische und optische Reize sehr empfindlich, sehr matt und der Bettruhe bedürftig. Pat. hat nur summarische Erinnerung für ihre Krankheit. Kopfweh, Gedankendrang und Schlaflosigkeit weichen abendlichen prolongirten Bädern. Am 12. November Menses, profus bis 18. Nov. Am 16. Nov. wird Bromkali ausgesetzt.

Am 25. November ohne alle Veranlassung nach mehrstündigem Kopfschmerze wieder tobsüchtig. Der Anfall setzt plötzlich ein, erreicht die Akme binnen wenigen Stunden, verläuft genau wie der erste — anhaltend expansiver Affect, muthwilliges erotisches Wesen, enormer Gedankendrang, Verworrenheit. Dieselben Gedankenreihen, Personenverwechslungen wie das erstemal. Am 6. December plötzliches Aufhören der Tobsucht, dieselben intervallären Erscheinungen wie nach dem ersten Anfalle. Vom 25. November bis 6. December bekam Pat. täglich Kali 8·0 brom. Dasselbe wurde bloss symptomatisch bei ausgebrochenem Paroxysmus angewendet und erwies sich in dieser Anwendungsweise erfolglos. Vom 11. bis 16. December Menses. Am 20. Decbr. nach schlafloser Nacht und etwas Kopfschmerz neuer Tobsuchtsanfall bis zum 28. genau das Abbild der früheren. Da die periodisch menstruale Bedeutung des Falles nun ausser allem Zweifel war, wurde das vom 20. an in der Dosis von 8·0 gereichte Bromkali in der Hoffnung einer vorbeugenden Wirkung fortgegeben.

Am 7. Jänner 1875 Menses. Vom 9. Jänner an statt 8·0 täglich 10·0; am 11. Jänner schwere Gedanken, ängstliche Träume, aber keine Tobsucht; vom 13. an 12·0 Bromkali. Am 15. Jänner Kopfschmerz, Intercostalneuralgie. Die kritische Zeit geht vorüber

ohne Anfall, aber vom 20. Jänner an Zeichen beginnender Bromkali-Intoxication — grosses Schlafbedürfniss, Muskelschwäche, rarer kleiner Puls, schwache Herztöne.

Am 5. Februar Menses. Die Intoxicationserscheinungen nehmen zu — Stupor, allgemeine Parese bei intacter Sensibilität und Reflexerregbarkeit. Auswürgen von zähem Schleim, Rachenanästhesie, elender Radialpuls. Unfähigkeit zu essen, zu sitzen. Unter Fortgebrauch von 12·0 Bromk. geht die kritische Zeit gut vorüber.

Vom 20. Februar an nur noch 4·0; schwankender taumelnder Gang, totale Verblödung; schwache Herztöne, fadenförmiger Puls von 114. Vom 25. Febr. an bleibt Bromkali weg.

Vom 27. Februar an schwinden der Stupor, die Muskel- und Herzschwäche. Am 10. März sind die Erscheinungen der Bromkali-Intoxication vollständig verschwunden. Pat. hat aus dieser ganzen Zeit nur spärliche, vage Erinnerungen. Am 10. März Menses, 2·0 Bromkali; am 13. 4·0, am 14. 6·0, am 15. 8·0, am 17. 6·0, am 21. 3·0; keine Schwankung des Befindens. Am 22. März Bromkali, das keine Spuren von Intoxication diesmal hinterliess, ausgesetzt. Ausser leichten nervösen Beschwerden intervallär vollkommen wohl.

Am 4. April 4·0 Bromk. Menses am 6., am 9. 6·0. Am 11. Menses vorüber, am 13. 4·0; am 16. Bromkali bleibt weg. Ausser etwas Kopfschmerz war diesmal gar nichts Krankhaftes zu bemerken; in der Folge öfters Globusgefühle, Intercostalneuralgie.

Am 3. Mai Menses; 4·0 Bromk. täglich um 1·0 steigend. Am 8. Mai Menses vorüber; am 10. 6·0, am 13. 4·0, am 15. Aussetzen, völliges Wohlbefinden.

Am 26. Mai Menses um einige Tage zu früh, 4·0 Bromk.; in den folgenden Tagen Globus- und Weinkrämpfe. Am 29. 6·0, am 30. Menses vorüber, 4·0. 1. Juni Bromkali ausgesetzt.

Anfangs Juni genesen entlassen. In der Folge wohl, treffliches körperliches Befinden, die hysterischen Beschwerden verlieren sich gänzlich. Psychische Störungen werden keine mehr beobachtet. Zur Zeit der regelmässig eintretenden Menses wird vorsichtshalber noch Bromkali in der bisherigen Weise genommen. Vom Jänner 1876 an auch nach Weglassen des Mittels keine psychopathischen Zustände mehr im Anschluss an die Menses.

Intermittens und Epilepsie.

Casuistische Mittheilungen aus der psychiatrischen Klinik des Hrn. Reg.-Rathes Prof. Dr. Meynert von Dr. C. E. Höstermann*).

Während im kindlichen Alter, wo die Neigung zu Krämpfen überhaupt eine weit grössere ist, als beim Erwachsenen, Intermittens

*) Vorgetragen im V. f. Psych. u. forens. Psychol. in Wien, Sitzung v. 29. December 1875.

larvirt unter dem Bilde von Krämpfen oder ausgesprochener Epilepsie eine nicht seltene Erscheinung ist, finden wir ein derartiges Vorkommen im späteren Alter weit seltener. In Berichten aus Malariagegenden oder Bearbeitungen und Zusammenstellungen des bisher über Malaria Bekannten, wie sie Ritter, Colési u. A. gegeben, wird freilich neben den maniakalischen Anfällen, Chorea, Delirium potatorum u. s. w. auch Epilepsie als eine Krankheit, welche im Verlaufe der Intermittens auftrete, angeführt. Der Verlauf ist dabei gewöhnlich der, dass nach erfolgter Infection, welche sich vielleicht schon in mehreren typischen Fieberanfällen documentirt hat, nun eine der oben genannten Krankheiten einen erwarteten Anfall vertritt; in den meisten der in der Literatur verzeichneten Fällen bewährte Chinin auch gegen diese larvirte Form der Intermittens seine Heilwirkung. Einen derartigen Verlauf hatte ich vor einigen Wochen Gelegenheit theilweise wenigstens zu beobachten: Ein 28jähr. Mann, der einige Zeit in einer Malariagegend gereist war und dort an Fieberanfällen gelitten, hatte nach seiner Rückkehr nach Wien jeden Nachmittag zwischen 3 und 4 Uhr einen leichten epileptischen Anfall, an dem er vordem ebensowenig wie an epileptischen Zuständen gelitten hatte; — die Fieberanfälle waren seitdem ausgeblieben; die Milz war vergrössert. Patient erhielt Chinin, dessen erste Dosis den Anfall nicht hintanhielt; der weiteren Beobachtung entzog sich der Kranke.

Eine andere Form der Erkrankung, in der nicht ein epileptischer Anfall einen Fieberparoxysmus substituirte und mit der Infection die Anfälle verschwinden, sondern wo durch die Malariainfection der Anstoss gleichsam gegeben wird zu einer nun habituell werdenden Epilepsie, findet sich viel seltener. Unter den zahlreichen epileptischen Kranken der Klinik haben wir erst in der letzten Zeit zweimal diesen Zusammenhang constatiren können, und ich erinnere mich nicht, in der Literatur unter der Aetiologie der Epilepsie die Intermittens angeführt gelesen zu haben.

Der erste der hierher gehörigen Fälle betraf einen 45jährigen Bäcker, welcher am 26. October von seinen Nebengesellen zur Klinik gebracht wurde, weil er in der Nacht plötzlich aufgeregt worden war, auf die Kasten kletterte und in den Ofen kriechen wollte. Er war bei der Aufnahme auf die Klinik ganz ruhig, klar, wusste sich an die Vorgänge zu Hause nicht zu erinnern. Dieser plötzliche, jähe Anstieg tobsüchtiger Erregung bei einem bis dahin ganz ruhigen Menschen, der schnelle Abfall der Krankheitssymptome und besonders die für die ganze Zeit bestehende Amnesie mussten den Verdacht erwecken, dass wir es mit einem Epileptiker zu thun hätten. Und diesen Verdacht bestätigte auch der Kranke. Er leide seit 1866 an derartigen Anfällen von Bewusstlosigkeit, die sich häufig, wie ihm seine Kameraden berichtet hatten, mit Convulsionen verband. Die Anfälle seien zum ersten Male — bis dahin war er

stets gesund — nach einer Intermittens aufgetreten, welche sich fast jedes Jahr im Herbst wieder einstellte; zu dieser Zeit vermehrten sich dann die auch sonst zuweilen auftretenden epileptischen Anfälle. Im laufenden Jahre habe er wieder Fieber, aber keine Zuckungen, sondern nur Schwindel und Schwere im Kopfe verspürt. Das Vorhandensein einer Malariainfection wird durch einen sehr bedeutenden Milztumor bestätigt. — Von der Umgebung des Kranken war wenig zu eruiren, da er in seinem letzten Dienstorte erst kurze Zeit war; er soll auch ohne Alkoholgenuss zeitweilig ganz verwirrt gesprochen haben, „verrückt" gewesen sein; wie häufig dies eintrat, ob Amnesie vorhanden, liess sich nicht feststellen.

Die weitere Beobachtung des Kranken wurde durch einen am Abend des folgenden Tages eintretenden apoplektischen Anfall unterbrochen, der am 29. Früh den Tod herbeiführte. Die Temperatur war am letzten Tage bedeutend gestiegen.

Die Section ergab Bluterguss in sämmtliche Ventrikel des Gehirns, erweichte Partien an der Oberfläche des linken Thalamus opticus und im linken Hinterhorn. Die Gefässe der Basis unverändert. Pneumonie des rechten Unterlappens, Milztumor, leichte Lebercirrhose und als weiteren Anhaltspunkt für eine vorhandene Epilepsie eine von einem Bisse herrührende Zungennarbe. Die mikroskopische Untersuchung der erweichten Partien an dem linken Sehhügel, sowie verschiedener Stellen des Gehirns ergab keine wesentliche Veränderung der Gefässe, vor Allem keine Pigmentablagerung oder Embolien; nur stellenweise zeigte sich leichte Fetteinlagerung. Die Ganglienzellen hingegen waren durchgehends fettig entartet.

Die zweite Beobachtung wurde bei einem 27jährigen Mädchen gemacht. Patientin, welche früher stets gesund war, und deren Familie keinerlei Neuro- oder Psychopathien aufweist, erkrankte im Sommer 1870 in Rumänien an Wechselfieber, welches mit Tertiantypus etwa 6 Wochen anhielt und durch Chinin beseitigt wurde. Unmittelbar im Anschlusse an diese Erkrankung traten aber dann Anfälle von Vertigo epileptica ein; Patientin empfand ein Sausen oder Blasen in den beiden Ohren, welches stärker wurde, bis das anfangs getrennt gehörte Geräusch zu einem einzigen Rauschen verschmolz und damit für einige Momente das Bewusstsein schwand: Pat. stürzte nie zusammen, wusste sich nur nicht gleich zu orientiren. Derartige Anfälle wiederholten sich — ob in regelmässigen Intervallen, ist nicht zu eruiren — bis zum Herbst, dann war Pat. ganz gesund bis Mai oder Juni 1871, wo sich hier in Wien ein neuerlicher, zweimal wiederkehrender Fieberanfall einstellte, in dessen Gefolge wieder jenes Sausen und die kurzdauernde Bewusstlosigkeit auftrat. Jetzt verschwanden diese Krankheitserscheinungen aber nicht wieder, sondern zeigten sich ziemlich regelmässig um die Zeit der Menstruation. Erst 1873 im Mai vermehrten Convulsionen die Symptomenreihe, und seitdem ist unter steterem Zunehmen der Zahl und

Intensität der Anfälle nicht ohne merkbare Affection der Intelligenz der Zustand einer ausgebildeten Epilepsie vorhanden. — Während in den beiden ersten Fällen Chinin indicirt ist, dürften wir in dem letzteren von diesem Mittel kaum mehr eine Einwirkung auf den Zustand erwarten; hier wird Bromkalium angezeigt sein.

Die nahe Verwandtschaft einzelner Symptomenreihen in den beiden, in obigen Fällen in einer gewissen Wechselbeziehung zu einander stehenden Krankheiten lassen diese letztere uns als wohlverständlich erscheinen. Die jetzt allgemein giltige Ansicht über die initiale Bewusstlosigkeit im epileptischen Anfalle sucht den Grund für diese in einem Krampfe des Gefässcentrums, dessen Nachlass eine bedeutende Relaxation der Gehirngefässe und Blutfülle des Centralorgans heibeiführend, die Convulsionen einleitet, während das später folgende Stadium des mehr weniger intensiven Comas ein Folgezustand eben der Hyperämie ist. Und ganz dieselben Ursachen müssen wir bei dem Intermittensanfalle als wirksam annehmen. Die starke Contraction der gesammten Hautgefässe entspricht einem Erregungszustande des vasomotorischen Centrums, dessen Verschwinden das Hitzegefühl und consecutiv den Schweiss hervorruft. Wesentlich in der Verschiedenheit des das Centralorgan treffenden Reizes muss der Unterschied der Symptome liegen. Auch das Verständniss der einen Intermittensanfall oder aber einen epileptischen Anfall substituirenden Manie ist uns, seitdem Prof. Meynert uns die Betheiligung des vasomotorischen Centrums bei Manie gelehrt, erschlossen.

Damit bleibt uns freilich die unmittelbare Ursache, weshalb plötzlich im Verlaufe einer Intermittens epileptische Anfälle eintreten oder sich an dieselbe anschliessen in Fällen, wie die unserigen, dunkel. Frison glaubt in seiner Schrift über die ausserordentliche Variabilität der Manifestation der Malariaintoxication, dass die persönliche Individualität die Form mitbestimme, dass z. B. der Epileptiker epileptische Anfälle, der Säufer Delirium potatorum durch Malariaintoxication bekomme u. s. w., kurz, dass die verschiedenen Krankheiten den erkrankten Organen eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen das Malariagift verleihen und gleichsam einen locum praedilectionis darbieten. Diese gewiss in vielen Fällen zutreffende Ansicht kann für unsere Kranken nicht gelten, indem bei keinem derselben vorher nachweisbare Disposition zu Epilepsie vorhanden war, also das Symptomenbild der Intermittens durch sie nicht bestimmt werden konnte.

Griesinger nahm für das Zustandekommen psychischer Affectionen, welche im Verlaufe oder nach Beseitigung einer Intermittens, sowie für das Auftreten schwerer, acuter Cerebral-Erscheinungen (Coma, apoplektiforme Anfälle etc.) sich zeigen, neben der Anämie und Cachexie wesentlich die Melanämie und den Absatz körnigen Pigmentes in die Gehirngefässe als Ursache an, erwähnt

jedoch schon, dass Sectionsberichte vorliegen, in denen Pigmentablagerungen nicht verzeichnet sind. Derartige Berichte sind seitdem noch von verschiedenen Seiten erbracht worden, und auch der bei uns zur Section gekommene Fall ist nicht geeignet, jene Ansicht Griesinger's zu stützen. Finden wir im Gehirne eines lang an Intermittens Erkrankten Pigmentablagerung, so wird uns diese als Nutritionsströrung für die Erklärung etwaiger psychischer Symptome selbstredend von hoher Bedeutung sein.

Beobachtungen über Reflexhemmung.

Von Prof. H. Nothnagel in Jena.

(Arch. für Psychiatr. VI. Bd. I. Heft.)

Die Thatsache, dass die auf dem Reflexwege vom Rückenmarke her ausgelösten Bewegungen durch Anwendung peripherer Reize, welche sensible oder gemischte Nerven treffen, unterdrückt werden können, hat auf Grundlage physiologischer Experimente einmal zur Annahme reflexhemmender Apparate (Setschenow), andererseits zu der Ansicht geführt, dass ein Centrum, welches einen bestimmten Reflexact vermittelt, an Erregbarkeit für diesen einbüsst, wenn es gleichzeitig von irgend welchen anderen Nervenbahnen aus, die an jenem Reflexacte nicht betheiligt sind, in Erregung versetzt wird. Letzterer Ansicht von Goltz ist im Wesentlichen auch neuerdings Frensberg beigetreten, welcher „eine besondere Eigenschaft des Centralorganes annimmt, die es nicht gestattet, dass verschiedene seiner einzelnen Gebiete gleichzeitig durch verschiedene Ursachen thätig werden". Nothnagel, welcher sich heute auch dieser Ansicht anzuschliessen geneigt ist, bringt nun verschiedene Beobachtungen, wo unter pathologischen Verhältnissen diese Reflexhemmung beobachtet werden konnte; es gehören hierher die von Graefe gemachte Beobachtung, dass Facialiskrampf durch Druck auf Quintusäste sistirt wird, sowie die von Erb und Westphal über Sehnenreflexe veröffentlichten Thatsachen. Die 3 Fälle Nothnagel's, welche sich noch enger an das Experiment anschliessen, betreffen eine complete Paraplegie bei spitzwinkliger Kyphose der Brustwirbelsäule, eine Myelitis dorsalis, acut beginnend, später mit protrahirtem Verlaufe und eine Myelitis chronica. In allen Fällen liessen sich Reflexbewegungen mit Leichtigkeit auslösen, welche bei Druck auf den Nervenstamm sofort aufhörten und zwar selbst bei einseitigem Drucke in beiden Beinen. Starke Hautreize, plötzliches Umschnüren der Extremität, selbst der elektrische Pinsel blieben ohne Wirkung; letzterer zeigte nur dann ein Resultat, wenn die Elektroden so gestellt waren, dass stärkere Stromschleifen den Nervenstamm trafen. — Diese Abweichung von den experimentellen

Thatsachen erklärt sich N. aus den pathologischen Zuständen des Rückenmarkes, welche, indem sie dass Entstehen spastischer Bewegungen begünstigen, andererseits Einflüssen, welche auf die Bewegung hemmend wirken, einen grösseren Widerstand als normal entgegenstellen. Ein die Gesammtheit der sensiblen Fasern im Nervenstamme selbst treffender Reiz wird nun eine grössere Einwirkung auf das Centralorgan ausüben, als ein, nur einen Bruchtheil derselben in der Haut treffender, und so auch in einem pathologisch veränderten Rückenmarke bewegungshemmend wirken können.

Dr. C. E. Höstermann.

Aus dem Vereine.

Protokoll der Sitzung vom 26. Jänner 1876.

Vorsitzender Herr Reg.-R. Prof. Meynert hält den angekündigten Vortrag: „Ueber Umfang und Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes", welcher in diesem Blatte vollinhaltlich veröffentlicht werden wird.

Dr. C. Höstermann, Secretär.

Personalien.

Die Irrenanstalt Valduna in Vorarlberg wird in dem Assistenten des Reg.-R. Prof. Meynert, Herrn Dr. Carl Höstermann seinen neuen Vorstand erhalten. Wir können dem Vorarlberger Landes-Ausschusse zur Wahl dieses tüchtigen, strebsamen und pflichteifrigen Mannes nur Glück wünschen.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Mittwoch den 1. März 1876 um $6^1/_2$ Uhr Abends.

1. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Ruben: Gerichtsärztliches Gutachten.
2. Herr klin. Assistent Dr. Fridolin Schlangenhausen: Klinische Mittheilung.
3. Herr Dr. Höstermann: Ein Fall von Gehirnhypertrophie.

Von den Jahrgängen 1871—1874 sind noch vollständige Exemplare zu beziehen.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.
Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster.

Inserate.

Im Verlage von **Wilhelm Braumüller**, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien, ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Meynert, Professor **Th.**, **Zur Mechanik des Gehirnbaues.** Ein Vortrag, gehalten in der Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden und in der Wiener anthropologischen Gesellschaft. gr. 8. 1874. Preis: 60 *kr.* — 1 *M.* 20 *Pf.*

Spielmann, Dr. Johann, gew. Secundararzt des allgem. Krankenhauses und der k. k. Irrenanstalt zu Prag. **Diagnostik der Geisteskrankheiten,** für Aerzte und Richter. gr. 8. 1855. Preis: 4 *fl.* 50 *kr.* — 9 *M.*

Der Verf., der sich während seiner mehr als fünfjährigen Thätigkeit als Arzt in der Prager Irrenanstalt einen reichen Schatz von Erfahrungen gesammelt, legt hier dem öffentlichen Urtheile diesen Versuch einer Diagnostik der Geisteskrankheiten vor. Er ist für den Arzt geschrieben, der nicht Psychiater von Fach ist und für den Richter, weil es ihm Noth thut zu wissen, was im Geisteskranken als Thäter vorgeht. In dieser Absicht ist das Werk in 2 Abtheilungen geschieden, in deren erster der Verf. seine diagnostischen Lehren entfaltet, um sie zum Verständniss der Leser zu bringen; der zweite Theil erörtert die Stellung des Geisteskranken zum allgemeinen Strafgesetze. Die medicinische Welt hat dieses Werk als ein höchst interessantes, von tüchtigem wissenschaftlichen Streben getragenes Buch mit lebhafter Freude begrüsst und öffentliche Stimmen sprachen die Ueberzeugung aus, dass der Werth desselben von Allen gewürdigt werden wird, denen die Fortbildung einer für die Menschheit so unendlichen wichtigen Wissenschaft am Herzen liegt. Jedem Leser wird der Eindruck der Achtung vorwaltend bleiben von dem Fleisse, dem Talent und der anmuthenden Frische Spielmann's, womit er ein reiches Material durchgedacht, geordnet und der wissenschaftlichen Welt als eine dankenswerthe Gabe dargeboten hat. Sie ist ein würdiger Beitrag zur Lösung der Probleme, deren die psychiatrische Wissenschaft noch so viele enthält. (S. Zeitschr. f. Psychiatrie XIV. 2; W. med. Wochenschr. 1855, 20, 21.)

Verlag von **Ferdinand Enke** in **Stuttgart.**

Kürzlich erschien und ist durch **W. Braumüller & Sohn** in **Wien** zu beziehen:

Lehrbuch
der
Gerichtlichen Psychopathologie.
Mit Berücksichtigung
der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland, Frankreich.

Von
Dr. R. von Krafft-Ebing,
Director der steiermärk. Landes-Irrenanstalt, Professor an der k. k. Universität Graz.

385 u. XV Seiten. Preis 8 *M.* 80 *Pf.*

Klinik der Nervenkrankheiten
nach seinen an der Wiener Universität gehaltenen Vorträgen
von
M. Rosenthal,
Privat-Docent an der Wiener Universität.

Zweite ganz umgearbeitete Auflage seines Handbuches.

gr. 8. geb. 20 *M.*

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

31. März 1876. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Preis des Jahrganges **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.** Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Reg.-R. Prof. Dr. Meynert: Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes (Fortsetzung). — Dr. Schlangenhausen: Klinische Mittheilung über Aphasie. — Dr. Foville: Les aliénés voyageurs ou migrateurs — Buchschau. — Notizen. — Anzeigen.

Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes.

Von Theodor Meynert.

(Fortsetzung.)

Die psychologische Beobachtung in der Pathologie darf im Allgemeinen um so mehr Werth in Anspruch nehmen, je weiter sie, von der nichtigen Wolkenwelt der Schulpsychologie entfernt, festen Boden im Naturbild findet, und keine anderen Voraussetzungen von Seelenvermögen hat, als die aus den specifischen Energien des Nervensystems anschaulich hervortreten. Auf der Tafel der psychologischen Berechnungen muss zu allererst in hellem Weiss der allervollkommenste Nervenmann mit dem sich durchsichtig aufhellenden Gehirn entgegentreten, dessen dichter Nervenwald die psychologische Beute birgt.

Die pathologische Psychologie und die functionelle Nervenpathologie überhaupt hat keinen anderen Inhalt als die Störungen der functionellen Energien des Gehirnes und seiner Adnexa. Bezüglich des Vorderhirnes beziehen sich die Störungen der functionellen Energien zunächst auf das specifische Haften der Eindrücke, bei Amnesie, Aphasie und verwandten Zuständen, in der Hirnrinde auf

die Erleichterung und Erschwerung der Auslösung elektro-negativer Schwankungen theils innerhalb des Spieles der, Rinde mit Rinde verbindenden Bündel, theils der die Rinde mit den Organen verbindenden; ferner das Auftreten von Phantasmen im Wachen, wie sie in Hallucinationen und Aura nicht die gemeinen fünf Sinne allein, sondern alle die Vermehrungen der Sinnesgebiete betreffen, welche die Forschung der Psychophysiker *) gleichsam erworben hat — Druckempfindung, Wärmegefühl, Kältegefühl, die Muskelinnervationsgefühle, letztere insbesondere auch als Erregungsmomente maniakalischer Bewegungen, die sexuellen Sensationen, intestinale Gefühle. Hierbei findet, wie Hagen bemerkt hat, wohl zumeist ein functioneller Missbrauch des doppelsinnigen Leitungsvermögens im Gehirne statt, im Sinne einer Umkehr der centripetalen Leitungen. Eine Art Umkehrung der Richtung, in welcher das Vorderhirn als Schluss bildender Apparat Prämisse und Folgerung mit einander verknüpft, liegt auch dem Inhalt einer grossen Reihe von Wahnideen zu Grunde. Der Kranke vollzieht, statt wie der Gesunde, aus den äusseren Einflüssen einen Schluss auf daraus entstehende Stimmungen der Menschen zu machen, umgekehrt einen Schluss, vermöge dessen er aus vorhandenen Stimmungen auf äussere Einwirkungen schliesst. In so fern hierin, analog wie bei dem Hypochonder ein Bezug von schlecht gedeuteten Sensationen auf gar nicht vorhandene schädliche Umstände liegt, kann man die französische Anschauung über den Verfolgungswahn als ein Product hypochondrischer Wahrnehmungen in grosser Ausdehnung zulassen. Die sogenannten Verstimmungen endlich, welche ein Krankheitszeichen von so verallgemeinerter Bedeutung in der Psychiatrie sind, erschliessen uns das besondere Erscheinungsgebiet einer in der Sinnenlehre wenig gewürdigten specifischen Gehirnenergie in fulminanter Intensität. Der Inhalt der in den Verstimmungen sich aussprechenden Wahrnehmungen sind die eigenen Ernährungsverhältnisse der Gehirnelemente, und unter diesen wesentlich auch das Mass von activer Attraction der Gehirnelemente auf die umgebenden erregenden und sich im Gehirnelement umsetzenden Stoffe. Die Abweichungen dieser Lebensbedingungen der Gehirnelemente vom Normalen wirken gleichsam in-

*) Es sollte eigentlich unnütz sein, wenn ich bemerke, dass Psychophysik nur jenen höchststehenden physiologischen Zweig der Erforschung von Gehirnthätigkeiten bezeichnet, welcher bis zu exacten Massbestimmungen der wirkenden Kräfte vordringt. Mathematik ist die Voraussetzung solcher Arbeiten. Nur eine kleine Zahl von praktisch arbeitenden Physiologen kann hier genannt werden. Bedauerlicher Weise werden aber auch solche ehrende Bezeichnungen zur Blendung Unkundiger bei dem Hervortreten mit der Wissenschaft ganz fernstehenden Faseleien usurpirt, zu deren Production und Geltendmachung keinerlei Arbeit, sondern nur eine Art, in der Wissenschaft ganz unverwerthbarer Kühnheit vonnöthen ist.

toxikatorisch. Man darf die Verstimmungen als Vorgänge auffassen, vermöge derer auch die auf die Gehirnzelle wirkenden chemischen Agentien durch differente functionelle Energien beantwortet werden*), gleichwie bekanntermassen die differenten physikalischen Agentien. Dass die analogen Gehirnleistungen in minder intensiv abstechender Weise auch physiologisch sich geltend machen, ist nicht näher auszuführen.

Es geht nun aus dem Gesagten hervor, dass der Inhalt unserer heutigen Psychiatrie, wenn sie im besten Falle ein ebenbürtiges Gebiet innerhalb einer functionellen Nervenlehre wäre, uns gar nichts weiter als die Abweichungen der subjectiven Phänomene bei den Erkrankungen des Vorderhirnes darlegt.

Innerhalb wirklich klinisch entwickelter Disciplinen, wovon die Augenheilkunde die vorgeschrittenste ist, würde die Psychiatrie in ihrer Methode und in ihrem Thatsachengebiete einer Ophthalmoskopie gleichen, welche ihre Diagnosen aus den Störungen der subjectiven Energien des Sehnervs, als den lediglich beachteten Symptomen schöpfte und nach diesen ihre Krankheitsbilder differenzirte.

Aber nicht nur über ein derartiges zwerghaftes Emporkommen durch einseitige functionelle Methode ist gerade dieser letztgenannte edle klinische Wissenszweig hoch hinausgewachsen, sondern er theilt mit der Chirurgie und dem Wissen allen sichtbar zu machenden Krankheitsobjecten, allerdings vermittelst einer kunstvolleren diagnostischen Technik, den Standpunkt von Vollendung, die pathologische Anatomie zum Theil im Leben selbst unmittelbar vor sich zu sehen, wodurch diese klinischen Gebiete von der Abhängigkeit der Conjecturen theilweise frei werden, vermöge deren die pathologische Anatomie der Leiche aus unwandelbar gewordenen Einzelbildern vieler Leichen deren Zusammenhang in einem lebendigen Processe mittelbar entwickelt. Obwohl dabei die in alle Tiefen dringende Klarheit und die Ausbildung der Leichenuntersuchung zur Mikroskopie nothwendig fehlt, so erhebt doch diese zwar summarische, aber directe Anschauung eines anatomischen Processes in der Reihenfolge seiner Bilder die genannten klinischen Wissenschaften an diagnostischer Sicherheit weit über die sogenannte interne Medizin, welche theils nur an mittelbare Anschauungen, zumeist aber an Symptome anknüpft, die Erfolge mannigfacher, erst in der Leiche anschaulicher Veränderungen sein können.

Diese relative Ungunst der internen Medizin gegenüber den unmittelbar oder mittelbar äusserlichen Anschauungsgebieten derselben hat sie aber doch nicht verhindert, sich aus Stückwerken

*) Dass vielleicht die Wirkung physikalischer Agentien auf die Nervenelemente auch chemische Veränderungen der letzteren abspiegelt, als die Differenzen der Farben, Wärme, Elektrizität, soll im obigen Gegensatze nicht verkannt werden.

von Kenntniss zu einer wirklichen Wissenschaft zu erheben, die sich nirgend an der symptomatischen Oberfläche behagen lässt, sondern in die Tiefe der erkennbaren Ursachen der Symptome vordringt, die sich immer umfassender in der Diagnostik der pathologisch-anatomisch verfolgbaren Processe befriedigt findet.

In der Neuropathologie kommt es allerdings vor, dass sehr eilige Buchmacher, hauptsächlich aber therapio-technische Enthusiasten, welchen der virtuose Sprung vom unsicheren Boden der Symptome zu dem noch unsichereren der Behandlung eigentlicher Zweck ist, sich an der functionellen Kenntniss genügen lassen. Groteskes, laienhaftes Umherspringen auf ernsteren Untersuchungsgebieten gehört dabei zu den Ausnahmen, welche am allerkräftigsten die Regel bestätigen.

In der sogenannten Psychiatrie aber ist es ein Standpunkt der Resignation aus Eile, zu festen Gestaltungen zu kommen, welcher dasselbe Verschulden trägt. Der Fehler ist aber um so grösser, als in keinem medizinischen Gebiete den Symptomen eine so wandelbare Bedeutung zukommt, als in der Neuropathologie.

Ich darf als ein Beispiel für diese kaum schwer verständliche Behauptung den jüngst durch Herrn Director Höstermann veröffentlichten Fall eines 45jährigen Bäckers hervorheben, der am 28. October v. J. auf meiner Klinik starb. Der Mann kam dahin wegen Tobsucht, in welcher er Schränke erkletterte, in den Backofen kroch, und durch Unbändigkeit seine Umgebung in Schrecken setzte. Nachdem er der Begebenheiten am nächsten Tage sich nicht erinnerte und beruhigt war, so lag für die Beurtheilung des Tobsuchtsanfalles ein Verdacht vor, welchen des Kranken Erzählung auch bestätigte. Er leide seit 1866 an derartigen Anfällen von Bewusstlosigkeit; Andere hätten ihm mitgetheilt, dass sie öfter mit Krämpfen verbunden waren. Jeden Herbst häuften sich diese epileptischen Anfälle. Die ersten hatten sich im Herbste 1866 unmittelbar nach der ersten Erkrankung seines Lebens, einer Intermittens, eingestellt. Ein ansehnlicher Milztumor bestätigte die Richtigkeit dieser Angabe. Nächste Nacht starb er an einer alle Ventrikel erfüllenden Gehirnblutung, für welche sich keine besondere Gefässverletzung auffinden liess, die wahrscheinlich im Stadium excessiver Gehirnhyperämie nach einem nächtlichen Anfall von Epilepsie erfolgt war. Ausserdem erwies der Leichenbefund noch die Rede des Mannes als wahr durch die Narbe des epileptischen Zungenbisses und den Milztumor. Welche Nichtigkeit für das Verständniss der Krankheit liegt hier in der functionellen Bezeichnung der Symptome als Tobsucht, wo deren Symptome die Larve einer anderen Larve sind, hinter welcher als das wahre Gesicht der Krankheit ein Malariaprocess sich verbirgt.

Der Kenntniss des Verlaufes ging die Diagnose parallel, nicht jener der Symptome, nicht jener einer vorliegenden functio-

nellen Krankheit. — Streifte hier ein Trugbild functioneller Störung durch den Mittelgrund der oberflächlichen Phänomene, die den wirklichen Process im Hintergrunde liessen, schon überhaupt die functionelle Nervenpathologie, so lässt sich der Werth ihrer mit den Symptomen begnügten Anschauungsweise vielleicht an jedem einzelnen Symptom derselben beleuchten. Ich hebe das Beispiel einer Facialislähmung hervor und schicke voran, dass die Ausbreitung der Lähmungen und ihre Complicationen weit eher den Schlüssel zur Localisirung der Erkrankung geben, als zu dem patholog.-anatomischen Befunde, als zum Krankheitsprocesse. Der Krankheitsprocess erschliesst sich aus dem Verlaufe und innerhalb desselben aus den Ursachen, aus dem constanten oder inconstanten Aufsteigen oder Absteigen der Intensität, aus der Curve des Anstiegs, aus einem fieberhaften Verlaufe zu Anfang oder nach längerem Bestehen der Lähmung, aus Begleitung der Lähmung durch allgemeine Druckerscheinungen zu Anfang, oder später mit progressivem Charakter oder nicht, aus Begleitung der Lähmung mit allgemeinen Reizungserscheinungen initialen oder späteren etwa progressiven Verlaufes.

Dass ich die Ursachen mit zum Verlaufe rechne, wird kaum auffallen, denn sie sind der Krankheitsbeginn, auch wenn sie nur eine sog. Disposition setzen. Es kann aber auch die Unmittelbarkeit des Auftretens der Lähmung oder ihr von der Ursache entfernteres Auftreten eine diagnostisch werthvolle Verlaufserscheinung sein. Was endlich die Lehre von der Disposition betrifft, deren fahler, im Räthselhaften glimmender Schein nur ein wahrhaft mystisches Gemüth begnügen und erwärmen kann, so ist wohl zu hoffen, dass vieles davon noch greifbar werden wird, wobei ich auf das Palpable von Degenerescenzzeichen an den Ohren übrigens wegen des allzu indirecten Belanges feierlich Verzicht leiste. Ein isolirter Bezug der Gehirnleistungen zu den Ohrläppchen gehört nach meiner subjectiven Hinneigung zu dem Wesentlichen in der Wissenschaft, zu den uninteressantesten Räthseln der Weltordnung.

Viel eher hoffe ich, dass man im Centralorgan selbst Dinge finden dürfte, die als anatomische Thatsachen, dabei wohl auch oft als ererbte, den Grund zu Störungen des Vorderhirnes abgeben, und uns der Bildersprache von functionellen Dispositionen überheben. So lang man aber nichts weiss, ist es unnütz, das Nichtwissen durch eine Formel auszudrücken. Die Dispositionen lassen sich hypothetisch in mancherlei anatomische Verhältnisse kleiden, die einem Organismus eigen sind und deren blosse Erwägung mir schon werthvoller scheint, als die Formel „functionelle Disposition“ oder „Degenerescenz“.

Denken wir einmal an Unterschiede der Organgrössen in den Leichen, etwa bezüglich der Grösse des Herzens, welche in der Theorie der Tuberculose schon mehrfache Beachtung fand. Betreffs des Bedarfes im Gehirne nach arteriellem Blute wird die Capacität

der Kammern vielleicht an sich nicht belanglos sein. Vielleicht darf man die Voraussetzung hegen, dass etwa die Grösse des Herzens und die Entwicklung des Gefässbaumes zu einander im Verhältnisse stehen, die Grösse des Gehirnes aber mit diesem Verhältnisse nicht immer harmonire. Sollten aus Abstufungen des Verhältnisses von Gehirnmasse und Gefässweite nicht ebenso Abstufungen in den Erregbarkeitsverhältnissen des Vorderhirnes erwachsen? Treten wir der Wahrscheinlichkeit dieser Variabilität näher, so finden sich bei normalen Gefässwandungen auffallende Unterschiede im Kaliber der Basalgefässe des Gehirnes. Werden diese stets im Verhältnisse zum Gehirngewichte stehen? Jäger hat für die Retinalgefässe eminente individuelle Verschiedenheiten im Kaliber des Gefässbaumes gefunden. Wird es sich im Gehirne anders verhalten? Ja wir haben sogar Messungen über die differente Weite der feinen Gefässe in den gleichen Gehirngebieten durch Schröder van der Kolk in seiner Arbeit über Oblongata und Epilepsie. Für seinen Zweck konnten diese Messungen eines möglichen Lapsus wegen vielleicht keinen Werth gehabt haben. Er theilte die Epileptiker in solche, die sich auf die Zunge beissen, und solche, die es nicht thun. Für erstere erwartete er im centralen Hypoglossusursprung einen Reizungszustand, und glaubte ihn darin begründet zu finden, dass bei den Zungenbeissern weitere Gefässe im sogenannten Hypoglossuskerne erschienen. Da aber vom Hypoglossus nicht die Beissbewegungen ausgehen, so könnte diese Untersuchung leicht ebenso resultatlos sein, als wenn man sich über die Art eines Bisses durch Untersuchung der Zähne des Gebissenen unterrichten wollte. Indem die verschiedenen Gefässkaliber durchwegs Epileptikern angehörten, so sprechen sie eher für individuelle Unterschiede, als für auf die Epilepsie beziehbare.

Vielleicht aber bewege ich mich bezüglich einer anderen Thatsache, welche einen anatomischen Befund an Stelle functioneller Disposition setzt, weniger auf dem Boden der Voraussetzungen, als im Voranstehenden, weil sufficiente Studien über Gefässkaliber und Hirngewicht noch ausstehen. Diese Thatsache ist die offene oder verwachsene Verlängerung des Hinterhornes der Seitenkammer, insoferne sie einestheils von frühen Hydrocephalien Zeugniss geben, wie Hasse bemerkt, und ich glaube auch Virchow in seiner berühmten Arbeit über den Schädelgrund, wo er zum ersten Male diesen Verschiedenheiten des Hinterhornes Beachtung schenkte. Ich darf das beinahe constante Zusammenfallen dieser Verlängerung mit einer ausgeprägten Stufe in der Lambdanaht, welche gegen die Hinterhauptschuppe ausladet, constatiren, sowie das häufige Vorkommen gleichzeitiger Schaltknochen in der Lambdanaht. Bei den Verwachsungen des Hinterhornes aber zeigt ein horniges Anfühlen der Verwachsungsstelle (die sich oft am hinteren Ende wieder öffnet), und Schwieligkeit des umgebenden Markes in grösserer oder minderer Breite den

Bestand kranken Gewebes seit dem Ablaufe eines früheren Hydrocephalus an. Bei sonst durchwegs mässig oder sehr weichem Hemisphärenmarke zeigt sich oft das ganze Mark des Hinterhauptlappens abstechend hart. Mikroskopisch zeigt sich in gewisser Breite neben der Verwachsung durch lockiges Bindegewebe die subepitheliale Schicht verbreitert, kernreich und weiter aussen im Marke inselartig ein in Carmin imbibirbares, kernreiches, anämisch verdickte Gefässwandungen nervenloses Gewebe mit engem Lumen u. s. w.

Die Häufigkeit dieses Befundes von schwieliger Substanz im Hinterhauptlappen muss in ihren Folgen verglichen werden mit dem Vorkommen von im Kindesalter erworbenen Schwielen und Narben der Hemisphärenrinde und ihres Markes, sowie innerhalb des Hirnstammes. Kinder mit solchem Leichenbefunde und Erwachsene mit derartigen veralteten Resten waren der grössten Zahl nach Epileptiker mit hemiplegischen Merkmalen, scheinbaren, passiv ohne Gewalt auszugleichenden Contracturen, welche die Epilepsie am Lebenden als centralen Ursprunges bezeichnen. Sie waren blödsinnig und tobsüchtig. Indem wir in der Epilepsie den Ausdruck der Hyperästhesie eines Gefässcentrums aus zwingenden Gründen erblicken, wird sich mit Wahrscheinlichkeit auch von Schwielen in der Umgebung des Hinterhornes ein krankhafter Einfluss auf die Gefässinnervation und die Erregungsverhältnisse des Gehirnes ableiten lassen. In diesem anatomischen Vorkommnisse aus früheren Jahren liegt wohl ein sicherer Zusammenhang mit früheren oder späteren Erkrankungen des Vorderhirnes, zu dessen Verständniss wir keine mystische Disposition heran zu ziehen brauchen.

(Schluss folgt.)

Klinische Mittheilung

von Dr. F. Schlangenhausen, Assistent an der Klinik des Hrn. Reg. R. Prof. Dr. Meynert*).

Im Gegensatze zu den Fällen von Aphasie, welche auf schweren pathologischen Veränderungen der Wände der sylvischen Grube, der Insel und Vormauer beruhen und meist durch Apoplexie, Encephalitis, Embolie, Tumoren und Traumen dieser Gegend des Gehirnes bedingt sind, immer als Symptome einer schweren Gehirnerkrankung durch längere Zeit, mindestens Monate lang, andauern und sich nur zuweilen allmälig bessern, möchte ich einen jüngst auf unserer Klinik beobachteten Fall mittheilen.

Er betraf ein 21jähriges Mädchen, welches bisher vollkommen gesund, nur zuweilen an Menstruationskoliken leidend, am 16. Febr. d. J. Morgens um 9 Uhr einen Brief ihres Geliebten bekam, worin er ihr mittheilte, dass er sich demnächst mit einem anderen Mäd-

*) Vorgetragen im Vereine f. Psych. u. forens. Psychol. in Wien, Sitzung vom 1. März 1876.

chen verheirathen werde. Als sie den Brief gelesen hatte, stürzte sie zusammen, war durch ungefähr 15 Minuten bewusstlos und als sie das Bewusstsein wieder erlangte, nicht im Stande zu sprechen. Sie brachte an Stelle der intentirten Worte nur die Sylben „ti, te, to“ und Aehnliches hervor. Nach ihren später gemachten Angaben wusste sie genau, was sie sagen wollte; sie machte sich auch so gut es ging, durch Mienen und Geberden verständlich, beurtheilte alle Vorgänge ihrer Umgebung richtig. Sie dachte auch daran sich schriftlich zu verständigen, hätte es auch nach ihrem Dafürhalten gekonnt, sei jedoch dann wieder davon abgekommen. Es wären ihr alle Ausdrücke, die sie gebrauchen wollte, eingefallen, jedoch bemühte sie sich bei einzelnen Worten bis gegen 10 Minuten, bis sie dieselben herausbrachte.

Als sie um $11^1/_2$ Uhr Vormittags zur Aufnahme auf die Klinik gebracht wurde, kamen ihr noch immer die Silben „ti, te, to“ in den Mund, ausserdem aber, obwohl die Worte mit Anstrengung herausbringend, benennt sie ihr vorgehaltene Gegenstände richtig, man bemerkt aber, dass sie in offenbar peinlich erregter Stimmung ist, da sie sich nicht vollständig fliessend ausdrücken kann. Es ist keinerlei Lähmungserscheinung bei der Kranken nachweisbar, ihre Brustorgane sind normal; sie klagt über heftigen Kopfschmerz in der Stirn- und Scheitelgegend. Der Zustand dauert bis gegen 2 Uhr Nachmittags desselben Tages, also ungefähr 5 Stunden, dann spricht die nun genesene Kranke fliessend, ganz correct.

In diesem Falle von Aphasie kann es sich wohl keinesfalls um ein Symptom einer herdartigen Gehirnerkrankung handeln, sondern höchstens um einen veränderten Gefässtonus in der sylvischen Grube oder deren Umgebung. Nach dem vorausgegangenen Gefässkrampfe, der hier durch die Gemüthsbewegung hervorgerufen, wie beim epileptischen Anfalle eine bedeutende Gefässverengerung, Gehirnanämie und dadurch Bewusstlosigkeit setzte, scheint eine Gefässerweiterung, Hyperämie und zwar hauptsächlich die Arteria fossae Sylvii betreffend, eingetreten zu sein, bei deren Schwinden auch wieder die aphasischen Erscheinungen schwanden. Weshalb in dem Falle gerade aphasische Erscheinungen auftraten, warum gerade das Centralorgan der Sprache ein Locus minoris resistentiae war, dürfte wohl schwer zu erweisen sein.

Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass rasch auftretende ebenso schnell verschwindende, sagen wir transitorische Aphasien nach Gemüthsbewegung, einen Tag andauernd oder von noch kürzerer Dauer, nur einige Minuten lang, bei gestörten Circulationsverhältnissen im Gehirne, bei heftigen Hemicranien, wohl häufig beobachtet, jedoch seltener veröffentlicht werden — so in einem mir verbürgten Falle bei einer Mutter, nachdem sie die unerwartete Nachricht von dem Tode ihres Kindes bekam; ich möchte daher vorerwähnten Fall nur als Beitrag zur Casuistik der Aphasie betrachtet wissen.

Les aliénés voyageurs ou migrateurs.

Von Dr. Carl Foville, Sohn.

(Annales médico-psycholog. Juli 1875.)

In einer längeren Darlegung und nach Mittheilung einer Reihe einschlägiger Fälle kommt F. zu folgendem Resumé:

1. Gewisse Geisteskranke entschliessen sich durch die Natur und die Entwicklung ihrer Wahnvorstellungen bestimmt, zu mehr oder minder ausgedehnten Reisen in anscheinend motivirter, wohl überlegter Weise. Diese Wanderungen sind daher nicht zu verwechseln mit den unbestimmten und unbewussten Impulsen zur Ortsveränderung der Blöden, Epileptiker und Schwachsinnigen.

2. Der Krankheitsform nach, gehören sie dem melancholischen, hallucinatorischen Irrsinne an, in 2 Gruppen: bei den einen ist Verfolgungswahn; sie wandern aus, um ihren eingebildeten Feinden zu entrinnen; bei den andern tritt systematischer Grössenwahn hinzu, sie wandern in fremde Länder in der Hoffnung, dort ihren Ehrgeiz zu befriedigen und sich für die Verschmähung in der Heimat Recht zu schaffen.

3. F. reihet diese Formen, die offenbar der Verrücktheit angehören, in die Gruppe der melancholischen. Zur klareren Charakterisirung der Fälle, seien hier zwei bezeichnende kurz wiedererzählt.

a) (F. 7.) W., 44 Jahre alt, hat lebhafte Hallucinationen des Gesichtes, Geschmackes und Gehöres, und mit ihnen Verfolgungswahn. Er fürchtet Gift, selbst in der Luft, die Feinde, von seinem Bruder geführt, verfolgen ihn; man hindert ihn, sein Schneiderhandwerk auszuüben. Er will seinen Verfolgern entlaufen, durchwandert in raschem Zuge Deutschland, Polen und kommt nach England; er kehrt in die Heimat zurück, wo er als Bettler und Vagabund festgenommen, und nach erkannter Geisterstörung in's Asyl gebracht wird. Auch dort fühlt er sich jahrelang beständig verfolgt; endlich verblödet er.

b) (F. 10.) F. war 37 Jahre alt, Kaufmann, verheirathet, Vater von 3 Kindern und wegen unehrlichen Bankerotts 15 Monate eingesperrt. Er lebte nach der Gefangenschaft ruhig mit seinem Vater, bis er diesen verlor; da fing er an zu verschwenden, lebte vornehm, beutete seine Verwandten aus, bis er abermals und zwar wegen Vagabundirens verurtheilt wurde. Entlassen, fing er zu reisen an. Er glaubte bemerkt zu haben, dass in den Strassen Alles auf ihn sehe, man erkenne ihn; warum? er müsse eine bedeutende Person sein; vielleicht Gott, der Papst, Christus oder Graf Chambord. Stimmen sagten ihm, er sei Napoleon IV., das republikanische Frankreich lasse ihn nicht den Thron besteigen, er muss in die Fremde. Er geht nach England, nach Chislehurst zu seinem Vater. Alles erkannte ihn, man konnte ihn aber seiner Sicherheit willen nicht einführen. Nach langen Versuchen, zu seinem Vater zu gelangen, kam ihm der Gedanke, früher müsse ihn der deutsche Kaiser anerkennen. Er wandert, nachdem er durch Arbeit sich Geld gesammelt, zu Fuss durch Belgien nach Berlin, ohne ein Wort deutsch zu verstehen. Arretirt und an die französische Grenze gebracht, erkennt er dies als Fingerzeig, nach Rom zu ziehen; auf der Wanderung wird er noch in Frankreich aufge-

griffen und in eine Irrenanstalt gebracht. Nach einiger Zeit traten die Grössenideen zurück, er schien nach nahe $1^1/_2$ Monaten gesund. Entlassen, fing nach ein paar Monaten der Noth wieder die Störung an und mit ihr der Wandertrieb, um seinen Wahnvorstellungen gerecht zu werden. Er ging nach Arenberg, wurde nach Frankreich zurückgebracht, voll Gehörstäuschungen, die sich erst nach längerem Aufenthalte im Asyle wieder beruhigten. Im Beginne der Vorgeschichte wird er als nüchtern geschildert, ob er es auch später geblieben, ist nicht erwähnt. G.

Buchschau.

Compendium der Orthopädie zum Gebrauche für klinische Praktikanten u. Aerzte von Dr. med. **Ernst Kormann,** Docent für Geburtshilfe u. Gynäkologie a. d. Universität Leipzig. 8. 208 S. Leipzig, Ambr. Abel.

Der mächtige Fortschritt auf den verschiedenen Gebieten der Heilkunde hat ein so riesiges Materiale des Wissenswerthen geschaffen, dass schon jene allgemeine Uebersicht, welche dem praktischen Arzt lebhaftes Bedürfniss ist, in hohem Grade erschwert, wenn nicht ganz unmöglich gemacht wird. Die Zusammenstellung brauchbarer Compendien erscheint darum schon im Allgemeinen als ein höchst dankenswerthes Unternehmen. Was speciell die Literatur über Orthopädie betrifft, gibt es leider kein Lehrbuch, das auf Vollständigkeit Anspruch machen kann; es fehlt in dem einen dieses, in dem anderen jenes, was dem praktischen Bedürfnisse entspricht. Das vorliegende Werkchen stellt sich nun die Aufgabe diesem Mangel abzuhelfen, indem es jenem auch wirklich entspricht, und es werden in demselben nach Würdigung der allgemeinen Verhältnisse, die sich auf Difformitäten beziehen, die Verbildungen des Halses, des Brustkorbes, der Wirbelsäule, der oberen und unteren Extremitäten in höchst fasslicher Weise behandelt, was dem nett ausgestatteten Buche gewiss einen dankbaren Leserkreis sichert. Dr. Glatter.

Notizen.

Neue Irrenanstalt in Böhmen. Der böhmische Landesausschuss hat dem gegenwärtig in Prag tagenden Landtage Plan und Kostenüberschlag für die neue Anstalt bei Dobřan vorgelegt, wie sie auf Grundlage der Enquête-Berathungen im Februar 1875 verfasst wurden. In dieser Enquête hatte bekanntlich, kräftigst unterstützt von Director Schlager, S.-R. Gauster den Antrag auf Decentralisation der Anstalt durchgesetzt, derart, dass die Hälfte der Kranken in eine geschlossene Central-Anstalt, die andere Hälfte theils in detachirten Häusern, theils in einer Colonie untergebracht werde. Von der Jury war der Plan des Prager Architecten J. Benisek als relativ bester bezeichnet, und mit dem 2. Preise pr. 2500 fl. gekrönt worden; der neue den weiteren Anforderungen accommodirte Plan umfasst einen Centralbau, bestehend aus 8 durch gedeckte Gänge mit einander in Verbindung gebrachte Gebäuden, von denen das mittlere in der Vorderfronte Administrationshaus, die beiden Seitenhäuser für ruhige nicht verlässliche Männer und Frauen, in der Mitte dieses Centralbaues durch nach aussen laufende Gänge einbezogen zwei Häuser für halbruhige Kranke bestimmt sind und nach rückwärts zu zwei winkelig gebrochene Tobhäuser sich befinden, und im Centrum die Küchen sind. Hinter der Küche liegt das Wasch- und Badehaus, hinter demselben Materialmagazine und Werkstätten. — In den Centralbau kommen 300 Kranke; die unreinen Ruhigen kommen in zwei seitlich rück-

wärts gelegene Pavillons à 45 Kranke. Ausserdem sind zwei detachirte Häuser à 10 Kranke für ruhige Kranke besserer Bildung, zwei à 40 und 30 Kranke für ruhige Männer, zwei à 30 und 20 für ruhige Frauen, dann eine Colonie mit einem Männerhause für 35 und einem Frauenhause für 15 Kranke vorhanden; weiter Wirthschaftsgebäude, ein entferntes Epidemiehaus, Leichenhaus, Wasserhebewerk aus der Radbusa; Festsaal und Kapelle ist im Centralbaue an die Küche nach vorn angebracht. Für Aerzte und Beamte ist ein eigenes Wohnhaus errichtet, während ein Theil der Hilfsärzte in den Krankengebäuden wohnt. Die Anstalt wird mit Gas beleuchtet; Heiswasserheizung mit Ventilation.

Die Gesammt-Area beträgt 69 Joch 1589 Quadratklafter, also beiläufig 40,45 Hectaren. — Die Kosten für Bauplatz, Bau und Einrichtung sind auf 1565734 fl. präliminirt, demnach pr. Kopf etwas über 2609 fl. — Warmwasser wird überall hingeleitet.

In nächster Nähe mit der Station in dem etwa 10 Minuten entfernten Dobřan geht eine Eisenbahn. Dieses Städtchen liegt im südwestlichen Böhmen nicht fern von Pilsen.

Wir müssen dem Lande Böhmen Glück wünschen, dass es den Muth hat, bei dem Baue der höchst nothwendigen neuen Anstalt mit dem Kasernengrundsatze zu brechen und der Reform, obwohl sie von mancher Seite als etwas Ungeheuerliches verlästert wird, muthig ihr Recht gibt. Diese Anstalt wird dadurch bezüglich baulicher Anlage zur Musteranstalt Oesterreichs werden, wenn auch die Anlage der Central-Anstalt, die die einzelnen mehr zu beaufsichtigenden Abtheilungen ziemlich weit auseinander legt, die ärztliche Beaufsichtigung derselben erschwert; doch ist hygienisch und zum Theile auch psychiatrisch die Trennung in einzelne isolirte Abtheilungen für Halbruhige, Tobende und mehr zu überwachende Ruhige zu loben; die Uebersetzung eines Kranken von einer Abtheilung in die andere wird, wenn der Enquête-Antrag bezüglich des Vorhandenseins von Isolirzimmern in jeder Abtheilung durchgeführt wird, nicht mit besonderen Uebelständen verbunden sein. Inwieweit die Details der inneren baulichen Eintheilung den Enquête-Entschlüssen entsprechen und zweckmässig durchgeführt sind, und inwieweit die innere Einrichtung entsprechend in Aussicht genommen ist, kann aus dem Berichte des Landesausschusses nicht entnommen werden.

Gegen den Alkoholmissbrauch. Im Abgeordnetenhause hat Abg. Rosen eine Aufforderung an die Regierung eingebracht, gegen die Giftbuden einzuschreiten, die auf geistiges und körperliches Gedeihen der Bevölkerung so nachtheilig einwirken. Im Bukowinaer Landtage ward gleichfalls in dieser Richtung ein Antrag eingebracht. Im psychiatrischen Vereine wurde schon in der Sitzung am 31. Jänner 1874 auf die Nachtheile des sich immer stärker ausbreitenden Missbrauches geistiger Getränke aufmerksam gemacht, und prophylaktische Massregeln von Seite des Staates als nothwendig erklärt. Bei uns ist diese Angelegenheit eine rein fiskalische, und man scheint noch keine rechte Ahnung von der hygienischen und wirthschaftlichen Bedeutung einer verständigen Einflussnahme auf den Verbrauch geistiger Getränke zu haben. Man würde sonst im Interesse des Volkes und nicht des Fiskus und der Branntweinbrenner die Steuersätze für Bier, Wein und Branntwein regeln, die ersten nieder, die letzten so hoch als nur möglich stellen. Man würde auch eine Reihe anderer Massregeln in's Feld führen, um den traurigen Folgen vorzubeugen, die wir durch übermässigen Verbrauch geistiger Getränke, namentlich des Branntweins in mehreren Ländern zum Erschrecken wachsen sehen. Bei uns wäre gerade noch zum richtigen und erfolgreichen Handeln Zeit. G.

Inserate.

Im Verlage von **Wilhelm Braumüller**, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien, ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Meynert, Professor **Th.**, **Zur Mechanik des Gehirnbaues.** Ein Vortrag, gehalten in der Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden und in der Wiener anthropologischen Gesellschaft. gr. 8. 1874. Preis: 60 *kr.* — 1 *M.* 20 *Pf.*

Mayer, Dr. A. in Mainz. **Die Sinnestäuschungen, Hallucinationen und Illusionen.** Allgemein verständlich dargestellt. 8. 1869. 2 *fl.* — 4 *M.*

„Der durch seine früheren Arbeiten: „Zur Verständigung über Materialismus und Spiritualismus" und „Zur Seelenfrage" rühmlichst bekannte Verfasser hat sich im obigen Werke die Aufgabe gestellt, den grossen Leserkreis von Nichtärzten — vielleicht auch Aerzten — die räthselhaften Erscheinungen der Seelenstörung aufzuklären. Vor Allem den Zweck einer allgemeinen Verständlichkeit vor Augen habend, schickt er dem eigentlichen Thema eine kurzgefasste Anatomie und Physiologie derjenigen Organe voraus, deren Thätigkeiten eben im Erkennen bestehen oder die Erkenntniss ausmachen. Auf dem so vorbereiteten Boden entwickelt der Verfasser eine anschauliche Beschreibung und Erklärung der krankhaften Erscheinungen des menschlichen Seelenlebens. — Das höchst verdienstvolle Werk ist eine Quelle reicher Belehrung für Jeden, der sich zur Selbstbelehrung über das menschliche Seelenleben angeregt fühlt." („Presse" 1869, Nr. 200.)

Guttceit, Dr. L. H. von, weil. kais. russ. Staatsrath, Gouvernements-Medizinal-Inspector von Orel. **Dreissig Jahre Praxis.** Erfahrungen am Krankenbett und im ärztlichen Cabinet. 2 Theile. gr. 8. 1873. 1875. 12 *fl.* — 24 *M.*

Rosenthal, Dr. Moriz, Docent für Nervenkrankheiten an der Universität in Wien. **Die Elektrotherapie** und deren besondere Verwerthung in Nerven- und Muskelkrankheiten. Ein Handbuch für praktische Aerzte. Zweite neubearbeitete und stark vermehrte Auflage. Mit 15 Holzschnitten. gr. 8. 1873. 4 *fl.* 50 *kr.* — 9 *M.*

Soeben ist erschienen und durch **W. Braumüller & Sohn** in Wien zu beziehen:

Anleitung

für

Angehörige von Gemüths- und Geisteskranken

zur

zweckmässigen Fürsorge für ihre Patienten vor und nach der Uebersiedlung derselben in eine Anstalt

von

Dr. Ewald Hecker.

gr. 8. geh. Preis 1 Mark. Berlin. **Ferd. Dümmler's** Verlagsbuchhandlung (Harrwitz & Gossmann).

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.
In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

30. April 1876. Nr. 4.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. Moriz Gauster und Reg.-R. Prof. Dr. Theodor Meynert.

Preis des Jahrganges 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. Moriz Gauster, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. Meynert, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Dr. Höstermann: Ueber einen Fall von Gehirnhypertrophie. — Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing. Gutachten über die Ertheilung psychiatrischen Unterrichtes. — Aus dem Vereine: Protokoll der Sitzungen vom 1. März, vom 29. März und vom 26. April 1876. — Briefkasten. — Anzeigen.

Ueber einen Fall von Gehirnhypertrophie

von Dr. C. E. Höstermann *).

Die Seltenheit des Vorkommens von Gehirnhypertrophie rechtfertigt wohl die folgende Mittheilung über eine auf Reg.-R. Prof. Meynert's Klinik behandelte Kranke, wobei freilich der eigenthümliche Verlauf der Erkrankung eine breitere Darstellung und eine Motivirung der Diagnose erheischt. Es fehlt in diesem Falle die Befriedigung, eine auf genaue Würdigung der Symptome und mit Berücksichtigung der bekannten anatomischen Verhältnisse gemachte Diagnose durch die Section bestätigt zu finden. Aber es ist sicherlich von dem gleichen Werthe und Interesse, einer derartigen Diagnose — für die bei der Section kein Uebersehen, kein Verkennen wichtiger, der Beobachtung zugänglicher Momente sich herausstellt, so dass, käme der Fall zum zweiten Male zur Beurtheilung, dieselbe nicht anders ausfallen dürfte — einen Sectionsbefund gegenüber stehen zu sehen, der unerwartet die prägnanten Symptome als einer anderen, in ihrer Erscheinungsweise zu wenig bekannten Erkrankung angehörig darlegt.

*) Vortrag in der Versammlung des psychiatrischen Vereines vom 1. März 1876.

Eine 23jährige Blumenmacherin wurde am 13. Jänner 1876 von ihrer Schwester zur Aufnahme gebracht. Anamnestisch wurde mitgetheilt, dass die Grossmutter mütterlicherseits von ihrem 11. Jahre bis zum Eintritt der Menstruation an epileptischen Anfällen gelitten habe, dann bis in ihr hohes Alter gesund gewesen sei; die Mutter habe in dem letzten halben Jahre vor ihrem Tode häufig Ohnmachtsanfälle ohne Krämpfe gehabt; der Vater war dem Trunke ergeben, ein Bruder hatte in der Kindheit Fraisen.

Patientin selbst leidet seit ihrer Kindheit an Herzklopfen, war schwächlich, lernte normal, zeigte sich in ihrem Geschäfte sehr geschickt. Die Menstruation trat erst mit 20 Jahren ein, war unregelmässig und mit Beschwerden verbunden. Mehrmals litt Patientin in den letzten Jahren, nachdem Schmerzen im rechten Hypochondrium vorangegangen waren, an Ikterus, was auf incarcerirte Gallensteine hinzuweisen schien.

Im Mai 1875 trat nach heftiger Gemüthsbewegung ein Anfall von Bewusstlosigkeit mit Krämpfen ein, der bald vorübergehend keine Folgezustände hinterliess. Bis Ende November habe sie sich ganz wohl gefühlt. Dann erfolgte ohne bekannte Veranlassung ein zweiter und im allg. Krankenhause, wo Patientin einige Zeit sich befand und am Halse galvanisirt wurde, ein dritter epileptiformer Anfall. Seit Ende December nun stellten sich, nachdem die Kranke den Rath eines Arztes, etwas Wein zu sich zu nehmen, derartig missbrauchte, dass sie schliesslich ein Seitel Wein und ein halbes Seitel Branntwein täglich getrunken hat, heftige Kopfschmerzen, Schwindel und Schlaflosigkeit ein, welche Symptome stetig an Intensität zunahmen. Am Tage vor der Aufnahme hatte Patientin vier weitere epileptiforme Anfälle, mit denen ein seit Kindheit in mässigem Grade bestehender Exophthalmus sich bedeutend gesteigert haben soll. Am 9. Jänner wurde sie bettlägerig, klagte am 10. zum ersten Male über Doppelbilder.

Status praesens bei der Aufnahme am 18. Juni: Patientin ist blass, mager, schlecht entwickelt, leicht ikterisch gefärbt. Der Kopfumfang beträgt 560 Mm., übersteigt also den normalen Frauenschädel bedeutend. Hände und Zunge zeigen hochgradiges Zittern, die Augen sind stark prominirend, die Augenaxen convergirend in Folge einer Parese beider Musculi recti externi, deren rechter jedoch in höherem Grade ergriffen ist. Beim Sprechen scheint sich die linke Nasolabialfalte etwas weiter zu vertiefen, beim Heben der Oberlippe die linke Seite des Mundes sich etwas weiter zu öffnen. Die Zunge wird gerade hervorgestreckt, Sprachstörung ist nicht bemerkbar. Die Schilddrüse ist mässig vergrössert, die Herzaction verstärkt, beschleunigt, schwankend zwischen 100 und 136; der erste Ton an der Spitze leicht blasend. Die Bewegungen der Kranken sind unsicher, der Gang schwankend in Folge des eminenten Schwindels und wohl auch in geringerem Grade wegen der durch

die Doppelbilder bedingten Unsicherheit. Das Gehör ist intact. Die von Herrn Dr. Sattler freundlichst gemachte ophthalmoskopische Untersuchung ergab hochgradige Stauungspapille bei Neuritis und Exsudation und Wulstung in der Umgebung der Papille.

Patientin klagt über heftige Kopfschmerzen, ist ängstlich.

Wies uns dieser Befund in gleich näher zu erörternder Weise schon auf die Brücke als Sitz der Erkrankung hin, so war dies im weiteren Verlaufe, der ein rapid progressiver war, noch mehr der Fall. Die Allgemeinerscheinungen: Kopfschmerz, Schwindel, zeitweiliges Erbrechen und Singultus blieben bis zum Tode constant; Fieber war nie vorhanden.

Während am 10. Jänner zum ersten Male Doppeltsehen aufgetreten, war schon am 17. die Lähmung des rechten Abducens eine vollständige, die des linken so bedeutend stärker geworden, dass Doppelbilder nicht mehr zu Stande kamen. Die bei der Aufnahme nur angedeutete rechtsseitige Facialisparese ist stärker ausgesprochen, und als neue Erscheinungen sind Beschwerden beim Kauen — also eine Affection des motorischen Quintusastes — und eine geringere Intensität beim Händedrucke auf der rechten Seite hinzugetreten. Am 20. ist auch die linksseitige Abducenslähmung eine totale. Am 22. zeigt sich das Orbitalgebiet des rechten Facialis ebenfalls schwächer innervirt; im rechten Quintus scheint eine höhere Empfindlichkeit vorhanden, als links, woher auch ein reflexartiges, zu lebhafter Injection führendes Reiben des rechten Auges kommen dürfte. Bis zum 25. weicht diese letztere Erscheinung einer nicht hochgradigen Anästhesie im rechten Quintus.

An diesem Tage klagt Patientin über Schmerz im Genick und dem rechten Oberarme, welcher sich bei activem und passivem Heben des letzteren bedeutend steigert. — Die unteren Extremitäten sind frei. Der Kopf wird stark nach links und hinten gewendet und bei passiver Rechtsdrehung äussert Patientin lebhaften Schmerz, sowie auch bei Berührung der Nackenmusculatur, während Druck auf die Dornfortsätze keine Reaction hervorruft. Diese Stellung des Kopfes behält Patientin bis zum Tode bei.

Am 27. ist in Folge der nun constant am linken Auge ausgeführten Reibbewegungen daselbst lebhafte Ciliarinjection vorhanden. Die rechte Pupille ist weit, reactionslos. Nadelstiche werden gut localisirt und rufen lebhafte Reflexe hervor. Das Sensorium ist heute benommen; der Puls, bisher stets über 100, sinkt auf 76. — In den folgenden Tagen wird der rechte Bulbus und die rechte Wange vollständig anästhetisch; der rechte Facialis ist in allen seinen Aesten paretisch; eine Zunahme der Parese der rechten oberen Extremität ist nicht zu constatiren; dagegen machen nun auch passive Bewegungen der rechten unteren Extremität Schmerz. Der Urin enthält in den letzten Tagen viel Eiweiss.

Unter zunehmender Benommenheit, in der Patientin nur leise vor sich hin wimmert, tritt am 30. Jänner der Tod ein.

Die Deutung dieses einen so acuten progressiven Verlauf zeigenden Processes war folgende:

Die gleichzeitige Affection beider Nervi abducentes, des Facialis in seiner ganzen Ausdehnung und endlich des Quintus gestattete nur, wie schon erwähnt, an eine Brückenaffection zu denken. Nur hier im Wurzelgebiete der Nerven kann eine so vollständige Lähmung zu Stande kommen, und nur hier rücken sich die beiden Hälften der zur Rinde verlaufenden Bahnen so nahe, dass eine doppelseitige Affection durch Einen Krankheitsherd erklärlich ist, welche weiter nach der Rinde hin, wenn überhaupt in diesem Complexe möglich, multiple symmetrische Herde voraussetzte. Durch die zuerst in die Erscheinung tretende Affection beider N. abducentes musste der Ausgangspunkt der Erkrankung in die Mittellinie der hinteren Brückenabtheilung verlegt werden, mit vorwiegender Entwicklung nach rechts.

Nach dieser Seite hin traf er im Weitergehen in der hinteren Abtheilung den rechten Facialis, welcher langsam in seiner ganzen Wurzel ergriffen wurde, und weiterhin den rechten Quintus, in welchem wir zuerst Reizerscheinungen, später Parese auftreten sahen. Das für Brückenaffection als charakteristisch zu betrachtende Vorhandensein einer mit der totalen Facialislähmung gekreuzten Extremitätenlähmung fehlt freilich in unserem Falle, wir sehen vielmehr die mit dem gelähmten Facialis gleichseitige obere Extremität leicht paretisch. Aber wir befinden uns einstweilen mit unserer Diagnose ja auch nur in der hinteren Abtheilung der Brücke, dem der Haube des Hirnschenkels entsprechenden Gebiete, und da uns keine vollständige halbseitige Extremitätenlähmung veranlasst, den Process als weit hineingreifend auf die dem Fusse des Hirnschenkels angehörige vordere Brückenabtheilung zu denken, wir ferner in der Affection des linken N. abducens schon ein Uebergreifen über die Mittellinie gesehen haben, so ist die leichte Parese und Schmerzhaftigkeit des rechten Armes durch eine mittelbare Wirkung des Processes auf einzelne der hier durch die Durchflechtung des Brückenarmes auseinandergedrängter Bündel der linken vorderen Brückenabtheilung wohl zu erklären.

Die Contractur der Nackenmusculatur wird als Symptom der Brückenaffection von Hesse ausdrücklich angegeben, und wir müssen annehmen, dass irgend welche dem linken N. accessorius angehörige Fasern in dieser Gegend getroffen werden, da wir bei dem Fehlen anderer, den zwischenliegenden Nerven entsprechenden Erscheinungen ein Hinabgreifen des Processes bis zu dem Kerne resp. der Wurzel des Accessorius nicht annehmen können.

Hatten wir uns so über Sitz und Ausdehnung des Processes Rechenschaft gegeben, so war nun die Frage nach der Natur des-

selben zu beantworten. Das erste Auftreten krankhafter Symptome vor 7 Monaten, das darauf folgende Stadium der Latenz erweckte den Gedanken an einen Tumor, dem jedoch die Heftigkeit der 3 Wochen vor dem Tode eingetretenen, einen ganz acuten Process scheinbar anzeigenden Symptome, das rapide Weiterschreiten derselben widersprach, was vielmehr dem Wesen einer Encephalitis, allenfalls eines Abscesses gleichkam, so dass wir selbst bei der Annahme eines Neugebildes doch die Terminalerscheinungen einer umgebenden Encephalitis zuschreiben zu müssen glaubten.

Bei der von Herrn Dr. Chiari ausgeführten Section liess das äussere Ansehen des Gehirnes, dessen Windungen stark abgeplattet waren, noch eine Weile diese Diagnose festhalten. Der Sectionsbefund ist folgender: Schädeldach dünnwandig, an seiner inneren Oberfläche rauh, zu beiden Seiten der Mittellinie durch stark entwickelte Pacchionische Granulationen verdünnt; harte Hirnhaut stark gespannt, in ihrem Sinus falciformis major dünnflüssiges Blut. Die inneren Hirnhäute mässig mit Blut versehen, die in ihnen verlaufenden Venen mässig mit Blut gefüllt, die Hirnwindungen an der convexen Seite der Grosshirnhemisphären sehr stark abgeplattet. Das Gehirn mässig mit Blut versehen, etwas dichter, zäher, feucht; in den Hirnhöhlen nur wenige Tropfen klaren Serums. Das Rückenmark ziemlich consistent, blutarm.

Die Lungen ödematös, nahe dem unteren Rande in den Unterlappen einzelne lobuläre Hepatisationen; Herz gut contrahirt, Klappen normal; Leber blass, in ihrer Blase dunkelbraune Galle; Milz vergrössert; Schleimhaut des Magens und Duodenums gewulstet; Nieren blass.

Das Gesammtgewicht des Gehirns betrug 1508 Grm., also für ein so jugendliches weibliches Individuum, die mangelhafte Entwicklung des Körpers dazu in Betracht gezogen, ein die Norm, welche im Durchschnitt von Meynert mit 1170 Grm., von Huschke für Frauen zwischen 20 und 29 Jahren mit 1260 Grm. angenommen wird, weit übersteigendes Gewicht.

Der Sectionsbefund ergibt also eine Gehirnhypertrophie, mit allen von Rokitansky angegebenen charakteristischen Symptomen: Rauhheit der inneren Schädeloberfläche, Blutleere der Hirnhäute, Abplattung der Windungen, Verengerung und Trockenheit der Hirnhöhlen, Blässe, Trockenheit, vermehrte Consistenz und bedeutende Gewichtszunahme des Gehirnes.

Epikritisch mit diesem Befunde den ganzen so prägnanten Symptomencomplex, der so zwingend für Annahme einer Herderkrankung schien, zu erklären, dürfte schwer fallen, während die allgemeinen Erscheinungen auf den vermehrten Druck in der Schädelhöhle sich leicht beziehen lassen. Makroskopisch war in der von uns diagnosticirten Region eine Veränderung nicht nachweisbar; vielleicht ergibt die noch ausstehende mikroskopische

Untersuchung einen befriedigenden Aufschluss. Denn dass selbst nicht sehr bedeutende mikroskopische Exsudationen z. B. bei einem unter so abnormem Drucke stehenden Gehirne die schwersten Erscheinungen hervorbringen können, ist begreiflich, um so mehr, als bei der vorwiegenden Hypertrophie der Hemisphären, Kleinhirn, Brücke und Oblongata an und für sich schon häufig nach Angabe der Autoren die Zeichen einer erlittenen Compression tragen.

Es soll bei dieser Gelegenheit aber nicht unterlassen werden, wiederum auf den Umstand aufmerksam zu machen, wie wenig sich für eine spätere mikroskopische Durchforschung, welche uns selbst ausgedehnte Symptomencomplexe, die im Leben auf grobe Veränderungen bezogen werden zu müssen schienen, wie in dem einen von Herrn Prof. Meynert seinerzeit mitgetheilten Falle von Sehhügelerkrankung, befriedigend zu erklären vermag, die bisher und auch in diesem Falle geübte Section des Gehirnes als zweckmässig erweist. Eine Trennung der durch verschiedene sagittale Schnitte zerstörten Ganglien von der Hemisphäre gelingt äusserst schwer und unvollständig; durchgreifende mikroskopische Querschnitte durch die Ganglien, durch die in der Medianlinie gespaltene Brücke und Oblongata sind unmöglich. Die Bestimmung der Gewichtsverhältnisse, deren Resultate nicht gering anzuschlagen, ist kaum durchführbar. Alle diese Uebelstände vermeidet, ohne irgend einen Vortheil der anderen aufzugeben, jene von Prof. Meynert angegebene, den anatomischen Verhältnissen adäquate Sectionsmethode, welche sich in Deutschland in fachmännischen Kreisen schon einer wohlverdienten Anerkennung erfreut.

Bei einem Ueberblicke über die in der Literatur verzeichneten Fälle von Gehirnhypertrophie begegnen wir der Angabe, dass die Erkrankung meist in den ersten Lebensjahren entsteht, vergesellschaftet mit Thyreoidea-, Thymus- oder Lymphdrüsenanschwellung überhaupt; dass, so lange der Schädel sich dem grösseren Gehirne entsprechend ausdehnen kann, keinerlei Symptome bemerkbar sind, dass aber, wenn ein weiteres Schädelwachsthum unmöglich ist, entweder sofort Symptome von Gehirndruck auftreten, oder doch die geringfügigsten Ursachen den tödtlichen Ausgang unter heftigen Enderscheinungen herbeiführen können. Damit übereinstimmend sehen wir bei unserer Kranken einen bedeutenden Kopfumfang, der für eine frühzeitige Entwicklung der Hypertrophie spricht, Vergrösserung der Schilddrüse und weiterhin nach einer heftigen Gemüthsbewegung die ersten Symptome des bis dahin latenten Leidens. Aus der in allen den mitgetheilten Fällen äusserst schwankenden Symptomatologie: Motilitätsstörungen verschiedener Art, Convulsionen, Kopfschmerz, Schwindel u. s. w. ist stets nur der Gehirndruck als constante Erscheinung herauszulesen, ohne dass darin sichere Anhaltspunkte für die Diagnose des Leidens gegeben wären.

Gutachten über die Ertheilung des psychiatrischen Unterrichtes.

Von Dr. R. v. Krafft-Ebing, k. k. Professor in Graz, Director der steir. Landesirrenanstalt.

1. Nothwendigkeit eines psychiatrischen Unterrichtes.

Die krankhaften Geisteszustände bedürfen eines Studiums aus den verschiedensten Gründen.

1. Die Heilbarkeit derselben ist abhängig von rechtzeitiger Erkenntniss und zweckmässiger Kunsthilfe. Die Nichtgenesung eines Geisteskranken ist ein erheblicher wirthschaftlicher Schaden, denn mit seiner Unheilbarkeit geht nicht nur ein Arbeitskapital von circa 6000 fl. verloren, sondern der unheilbare Kranke nimmt zu seiner Erhaltung die Zinsen eines nahezu eben so grossen Kapitals in Anspruch.

2. Der Geisteskranke hat mannigfache Beziehungen zum Criminalrecht und Civilrecht, auf welche seine Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit oft fraglich ist, und sachverständige Gutachten zur Klarlegung seines Geisteszustandes erforderlich sind.

3. Der Geisteskranke ist vielfach gemeingefährlich und sich selbst gefährlich. Die rechtzeitige Erkennung seines Zustandes ist von höchstem Interesse für die Sicherheit des Publikums und das Leben des Kranken.

4. Das Studium der Geisteskrankheiten auf seiner gegenwärtigen Entwicklungsstufe bildet eine nothwendige und wichtige Ergänzung des Studiums der Medizin überhaupt, insbesondere der Gehirn- und Nervenkrankheiten. Ein Arzt kann heutzutage nicht mehr auf den Namen eines wissenschaftlichen Arztes Anspruch machen, wenn er nicht Psychiatrie studirt hat. In fast allen acuten und chronischen Krankheiten finden sich auch psychische Veränderungen. Viele Nervenkrankheiten sind unverständlich und nicht mit Erfolg zu behandeln, wenn nicht auch die elementaren, psychischen, im Krankheitsbilde sich findenden Störungen Beachtung finden.

5. Die Psychiatrie ist eine wichtige Hülfswissenschaft für die geistige Naturgeschichte des Menschen überhaupt — viele physiologische und pathologische, psychische Erscheinungen beim Individuum, bei der Gesellschaft, der Weltgeschichte sind nur durch ihre Erfahrungen verständlich. Die Psychiatrie bietet heutzutage die einzige Gelegenheit für den Studirenden über medizinische Psychologie, jener wichtigen und von den Physiologen vernachlässigten Disciplin, sich Kenntnisse zu erwerben.

Eine Universitas literarum verdient nicht diesen Namen, wenn sie nicht einen Lehrstuhl für Psychiatrie besitzt.

2. Der Unterricht in der Psychiatrie kann nur auf der Universität ertheilt werden.

Die Nothwendigkeit dieser Forderung ergibt sich schon aus dem Vorausgehenden. Die Psychiatrie tangirt ja nicht blos das Gebiet der Medizin, sondern auch das der Rechtswissenschaft. Auch für die Juristen ist eine übersichtliche Kenntniss dieser Disciplin unentbehrlich und in Russland zugleich bereits obligatorisch. Das Studium der Irrenheilkunde kann nur gedeihen, wenn es im Zusammenhange mit den verwandten medizinischen Fächern erlernt wird. Aber auch die wissenschaftliche Fortentwicklung der Psychatrie bedarf eines innigen Contactes mit den übrigen Disciplinen, die für sie Hilfswissenschaften sind.

Nur auf der Universität ist es dem ohnehin mit Studien belasteten Mediziner möglich, ohne allzugrossen Zeitaufwand sich Kenntnisse in der Psychiatrie zu erwerben, nur dort findet sich ein in der Kunst des Lehrens erfahrener Vertreter dieser Specialwissenschaft. Der temporäre Aufenthalt des angehenden Arztes zum Studium der Irrenheilkunde in einer von der Universität entfernten Irrenanstalt bietet erfahrungsgemäss einen nur unvollkommenen Ersatz und ist nur einem kleinen Bruchtheil der Mediziner möglich. In richtiger Würdigung dieser Thatsachen ist zur Zeit auf fast allen deutschen, schweizerischen und österreichischen Universitäten die Psychiatrie klinisch vertreten.

3. Der Unterricht in der Psychiatrie kann nur ein Anschauungsunterricht sein.

Nirgends im Gebiete der praktisch-medizinischen Disciplinen ist diese Forderung eine so cardinale als in der Irrenheilkunde. Aus Büchern, Krankengeschichten, dem Studiren der Porträts Geisteskranker, theoretischen Vorträgen u. dgl. erwirbt sich kein Mediziner nur annähernd brauchbare Kenntnisse. Der theoretische Unterricht bleibt ein ungeniessbarer, unvollständiger, die Uebung in der nirgends so schwierigen Diagnostik und die Fähigkeit, den Kranken zu examiniren, mit ihm umzugehen, geht dabei vollständig verloren.

4. Erfordernisse einer psychiatrischen Klinik.

Die Irrseinszustände sind individuell, äusserst variirende, polymorphe, dabei chronische Krankheiten. Ihr Verständniss gelingt nur, wenn die zum Studium gebotenen Fälle reichlich vorhanden und instructiv sind. Instructiv sind sie dann, wenn sie nicht veraltet sind, der somatische Zusammenhang noch nicht verwischt ist. Von grösstem Werth ist es für den Unterricht, wenn neben ausgesprochenen Zuständen von Geisteskrankheit auch die Uebergangszustände und psychisch elementaren Störungen, wie sie Nerven- und anderweitige Hirnkranke darbieten, zum Studiren verwerthet werden können — die Verbindung einer Klinik für Geistes- mit einer solchen für Nervenkranke. Ein nutzbringendes klinisches

Studium der Psychiatrie setzt voraus, dass neben 2 Stunden wöchentlich Theorie 3 Stunden Klinik geboten wird. Eine Stunde Klinik erfordert 1—2 Fälle, es ergibt sich somit per Semester ein Gesammtbedarf von 60—80 demonstrirbaren Kranken.

Die beschränkte Zeit des Medizin Studirenden macht es nöthig, dass die klinisch-psychiatrische Lehranstalt so nahe als möglich den übrigen klinischen Anstalten situirt sei. Da Geisteskrankheiten chronische Krankheiten sind, muss der Klinik die Möglichkeit geboten sein, Kranke, bei denen der Verlauf instructiv und eine Heilung während der Dauer eines Semesters möglich ist, längere Zeit, d. h. 3—4 Monate zu verpflegen. Es ergibt sich daraus die Forderung, dass eine psychiatrische Universitätsklinik reichlich 50 Betten habe und chronische, im Verlauf uninteressante Kranke einer für längeren Aufenthalt eingerichteten Anstalt zuweisen könne.

(Schluss folgt.)

Aus dem Vereine.

Protokoll der Sitzung vom 1. März 1876.

Vorsitzender: Herr Reg.-R. Prof. Meynert.

Der Secretär legt den vom hohen n. ö. Landesausschusse an den Verein übersandten Bericht über die n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Ybbs nebst den dazu gehörigen Beilagen vor. — Dem hohen Landesausschusse soll schriftlich der Dank des Vereines ausgesprochen werden.

Zu ordentlichen Mitgliedern werden gewählt die Herren: Dr. Wolfgang Derblich, k. k. österr. Stabsarzt in Lemberg, Dr. Heinrich Sterz, Assistent an der psychiatrischen Klinik in Graz, und Dr. Johann Zach, erster Assistenzarzt der steirischen Landes-Irrenanstalt Feldhof.

Hierauf hält Herr Dr. Höstermann den angekündigten Vortrag: „Ein Fall von Gehirnhypertrophie", welcher oben ausführlich mitgetheilt wird.

Herr Reg.-R. Prof. Meynert weist an einem anderen, vor Kurzem auf seiner Klinik beobachteten Falle nach, wie die weittragendsten Symptome, ohne äusserlich erkennbare Veränderungen zu bedingen, nur durch mikroskopische Befunde ihre Erklärung finden können. Es handelte sich um einen 44jähr. lange Jahre dem Trunke ergebenen Mann, bei dem nach acuten Initialerscheinungen von Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen in sehr schneller Progression sich Hypoglossuslähmung, Paraplegie der unteren, später auch der oberen Extremitäten, mit vorwiegender Betheiligung der rechten Seite, entwickelten. Eine Zeit lang bestand eine linksseitige, also mit der auf der rechten Seite stärker ausgesprochenen Extremitäten-

Inserate.

Im Verlage von **Wilhelm Braumüller**, k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler in Wien, ist erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Meynert, Professor **Th.**, **Zur Mechanik des Gehirnbaues.** Ein Vortrag, gehalten in der Naturforscher-Versammlung zu Wiesbaden und in der Wiener anthropologischen Gesellschaft. gr. 8. 1874. Preis: 60 *kr.* — 1 *M.* 20 *Pf.*

Mayer, Dr. A. in Mainz. **Die Sinnestäuschungen, Hallucinationen und Illusionen.** Allgemein verständlich dargestellt. 8. 1869. 2 *fl.* — 4 *M.*

„Der durch seine früheren Arbeiten: „Zur Verständigung über Materialismus und Spiritualismus" und „Zur Seelenfrage" rühmlichst bekannte Verfasser hat sich im obigen Werke die Aufgabe gestellt, den grossen Leserkreis von Nichtärzten — vielleicht auch Aerzten — die räthselhaften Erscheinungen der Seelenstörung aufzuklären. Vor Allem den Zweck einer allgemeinen Verständlichkeit vor Augen habend, schickt er dem eigentlichen Thema eine kurzgefasste Anatomie und Physiologie derjenigen Organe voraus, deren Thätigkeiten eben im Erkennen bestehen oder die Erkenntniss ausmachen. Auf dem so vorbereiteten Boden entwickelt der Verfasser eine anschauliche Beschreibung und Erklärung der krankhaften Erscheinungen des menschlichen Seelenlebens. — Das höchst verdienstvolle Werk ist eine Quelle reicher Belehrung für Jeden, der sich zur Selbstbelehrung über das menschliche Seelenleben angeregt fühlt." („Presse" 1869, Nr. 200.)

Braumüller's Bade-Bibliothek
für Aerzte und Curgäste.

76 Bändchen. 8. eleg. brochirt.

Inhalt: Curdiätetik, Anleitung zur Wahl der Curorte, Führer und Beschreibung von circa 60 Bädern und Curorten, bearbeitet von den bewährtesten Balneologen.

Zu beziehen durch

W. BRAUMÜLLER & SOHN
k. k. Hof- und Universitäts-Buchhandlung
IN WIEN.

Alle sonstigen **Balneologischen Schriften** und **Reise-Literatur** werden prompt besorgt und per Post unter Nachnahme übersendet. **Cataloge gratis und franco.**

Bei **Friedrich Wreden** in Braunschweig ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben, in **Wien** bei **W. Braumüller & Sohn**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhandlung:

Die Pathologie und Therapie
der
psychischen Krankheiten.

Für Aerzte und Studirende von **Dr. W. Griesinger.**

Mit dem Bildniss des Verfassers. **Vierte Auflage.** 9 Mark.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

31. Mai 1876. Nr. 5.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. Moriz Gauster und Reg.-R. Prof. Dr. Theodor Meynert.

Preis des Jahrganges 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. Moriz Gauster, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. Meynert, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Dr. Schlangenhausen: Keinhirntumor, klinische Mittheilung. — Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing. Gutachten über die Ertheilung des psychiatrischen Unterrichts (Schluss). — Dr Schüle: Beiträge zur Kenntniss der Paralyse. — Buchschau. — Notizen.

Kleinhirntumor.

Klinische Mittheilung von Dr. F. Schlangenhausen, Assistent an der Klinik des Herrn Reg. R. Prof. Dr. Meynert*).

Als Beitrag zur Casuistik von Herderkrankungen des Gehirns erlaube ich mir nachfolgenden Fall von Kleinhirntumor zu veröffentlichen:

Am 13. März d. J. kam eine 50jährige Lackirersgattin auf unsere Klinik. Dieselbe ist mittelgross, von kräftigem Knochen- und Körperbau, im Gesichte leicht icterisch gefärbt; beide Pupillen weit, gleich, reactionslos, der Mund nach rechts verzogen, linker Facialis etwas paretisch; Brustorgane sind normal. Das Gehör und das Sehvermögen sind vollkommen aufgehoben, die Bewegung der Bulbi jedoch, soweit das zu constatiren ist, intact, die unteren Extremitäten sind paretisch, die Sensibilität ist am ganzen Körper erhalten. Auf verschiedene an die Kranke gerichtete Fragen erfolgt keine oder nur sehr unzureichende Auskunft, die Sprache ist nicht bemerkenswerth gestört.

Augenspiegeluntersuchung von Herrn Dr. Kerzendorfer vorgenommen ergab: Auf beiden Augen graublaue geschwellte Papillen, Gefässe verengt, Neuritis regressiva, Atrophia nervor. optic.

*) Vorgetragen in der Versammlung des psychiatrischen Vereines vom 26. April 1876.

Anamnestisch erfährt man, dass die Kranke fortwährend über Kopfschmerz, meist am Hinterkopf klagte, häufig sei auch Schwindel aufgetreten; Patientin trank auch ziemlich stark. Seit mehreren Jahren wurde Pat. wöchentlich 2—3 Mal für kurze Zeit bewusstlos, ohne Krämpfe, ohne schwere Folgezustände; seit 8 Monaten sei sie bettlägerig, ging schwerer, unsicherer. Der Kopfschmerz, Schwindel und die Paresen waren stetig progressiv. Seit 6 Monaten bemerkte man Abnahme des Sehvermögens, dieselbe nahm ebenfalls fortwährend zu, seit 6 Wochen sah die Kranke gar nicht mehr. Langsam stellte sich auch Schwerhörigkeit ein, die sich bis vor 4 Wochen zur vollständigen Taubheit steigerte. Seit 3 Monaten konnte Pat. nicht mehr aufstehen, wurde unrein. Im letzten Jahre zeigte sich Abnahme der psych. Kräfte, zunehmende Vergesslichkeit und Blödsinn. — Specifische Erkrankung sei auszuschliessen; seit mehreren Jahren sei Pat. schon im Klimakterium. In den letzten Wochen vor ihrer Aufnahme auf die Klinik war Pat. aufgeregter, schlaflos, schrie zuweilen laut auf, konnte deshalb nicht mehr zu Hause behalten werden. Während ihres Aufenthaltes auf der Klinik schlief Pat. anfänglich Nachts unruhig, höchstens auf grössere Dosen Chloralhydrat, später sehr viel, fast den ganzen Tag, hie und da schreit sie laut, spricht beinahe nicht, liegt meist apathisch zu Bette, ist gänzlich unrein. Am 30. März trat erhöhte Temperatur und Pulsbeschleunigung auf, am 31. März heftiges Erbrechen, worüber aus der Anamnese aus früherer Zeit nichts bekannt ist, über die ganze Lunge sind Rasselgeräusche ausgebreitet, links rückwärts unter dem Schulterblatte ist unbestimmtes Athmen zu hören, die Temperatur steigt auf 40 C., am 2. April erfolgte der Tod an Lungenödem. — Die Diagnose lautete auf Tumor des Kleinhirns.

Die vom Dr. Chiari im path. anatom. Institut vorgenommene Section gab folgenden Befund:

„Weiche Schädeldecken blass, Schädeldach etwa 17 Cm. lang, $13^1/_2$ Cm. breit, dünnwandig, durchscheinend, besonders an einzelnen durch Pacchionische Granulationen usurirten Stellen zu beiden Seiten der Sagittalnaht. Die Lamina vitrea rauh, im Sinus falciformis major der Dura mater locker geronnenes und flüssiges Blut. Die Gehirnwindungen nicht auffällig in ihrer Gestalt verändert, die Hirnsubstanz ziemlich blutreich, glänzend, auf dem Durchschnitte sehr feucht und zähe, die Seitenventrikel stark erweitert, ebenso der dritte Ventrikel, Ependym verdickt, in den so erweiterten Räumen klares Serum. Die linke Kleinhirnhemisphäre an ihrer inneren Fläche mit der Dura mater der hinteren Schädelgrube verwachsen. Diese Hemisphäre grösser als die rechte erscheinend, dadurch sowohl der Pons als die Medulla oblongata einerseits nach rechts herüber gedrängt, andererseits abgeplattet. In der linken Kleinhirnhemisphäre ein etwa wallnussgrosser bis an deren unterer Fläche

unmittelbar heranreichender scharf abgegrenzter Knoten einer derben auf dem Durchschnitte zahlreiche Gefässe und kleine Blutaustritte zeigenden Aftermasse. Die beiden Schläfelappen in der mittleren Schädelgrube mit der Dura mater an einzelnen Stellen inniger zusammenhängend, welcher entsprechend sich ganz circumscripte zwischen Stecknadelkopfgrösse und Erbsengrösse variirende Erweichungsherde in der Rinde der gesammten Grosshirnpartie finden, sowie man das Gehirn aus dem Zusammenhange mit der harten Hirnhaut durch Zerreissung der Verwachsung trennt. In den beiden Sin. sigmoid. flüssiges Blut, im Sin. transv. wenig solches, im rechten nahe der Uebergangsstelle desselben in die Sin. sigmoid. der inneren Oberfläche desselben eine über erbsengrosse Excrescenz aufsitzend, aus einer gelblich weichen Masse bestehend.

Ausserdem Lungenödem, Bronchitis, im linken Unterlappen grauröthliche Hepatisation, Leber gross, Milz vergrössert, ihre Kapsel verdickt; die übrigen Organe normal.

Anatomische Diagnose: Gefässtumor des Kleinhirns, chronischer Hydrocephalus, partielle Verwachsung des Hirns mit den inneren Hirnhäuten und der Dura mater, Bronchitis, lobuläre Pneumonie."

Die klinische Diagnose für den nun in Krankengeschichte und Sectionsbefund vorliegenden Fall ergab sich aus folgenden Gründen:

Am meisten charakterisirt wohl die vor 8 Monaten allmälig auftretende Unsicherheit im Gange den Sitz der Erkrankung; denn nach der uns heute auf experimentellem Wege durch Exstirpation des Kleinhirns von Flourens, Carpenter und Anderen gewonnenen bekannten physiologischen Anschauung vermittelt das Kleinhirn die Coordination der Bewegung. Für diese Ansicht spricht auch ganz deutlich Herrn Prof. Meynert's Fall (im Jahre 1864 veröffentlicht) von Schrumpfung des Kleinhirns in toto und der Brücke in ihren queren Fasern, da nach dem mikroskopischen Befunde dieses Falles die Erkrankung vom Kleinhirn ausging und auch klinisch eine plötzliche Bewegungsstörung beobachtet wurde, so dass Prof. Meynert zu dem Schlusse gelangte, das Kleinhirn sei geradezu „das Centrum der Coordination." Vollkommen damit stimmen die Beobachtungen Lussana's überein, der sich auf 124 Fälle verschiedener Kleinhirnerkrankungen stützend, noch weiter geht und die seitlichen Lappen des Kleinhirns als den eigentlichen Sitz des Muskelgefühls bezeichnet. Die sich in unserem Falle allmälig entwickelnde Parese der unteren Extremitäten mag wohl aus dem Drucke abzuleiten sein, welchen das durch den Tumor vergrösserte Kleinhirn auf die Pyramiden, die Medulla oblongata ausübte, so dass, wie der Sectionsbefund angibt, „die Pons und die Medulla nach rechts gedrückt und abgeplattet waren." Hier wie auch später möchte ich noch auf die Drucksteigerung innerhalb des Schä-

delraumes aufmerksam machen, die noch bedeutend durch den gleichzeitigen Hydrocephalus vermehrt war. — Die Kranke klagte über heftigen constanten Hinterhauptsschmerz, es waren häufig Schwindelanfälle, die zu kurz dauernden Ohnmachtsanfällen ohne Krämpfe führten, vorhanden; leider ergab die Anamnese nicht, ob die Kranke bei den Ohnmachtsanfällen nach rückwärts niedersank, wie in dem von Dr. Drozda auf Duchek's Klinik beobachteten Falle ausdrücklich hervorgehoben wurde. In der ganzen Literatur der Kleinhirntumoren werden exquisite Stauungspapillen und Atrophie des Sehnerven angeführt, die auch in unserem Falle der ophthalmoskopische Befund ergab. Dieselbe dürfte wohl, wie im Allgemeinen bei Hirntumoren, hauptsächlich durch Vermehrung des intercraniellen Druckes, einer Incarceration des Opticus an seiner Eintrittsstelle in den Bulbus mit folgender ödematöser Schwellung und endlicher Destruction des Opticus nach Schwalbe's Ansicht entstehen. Ueber deren Häufigkeit möchte ich hier noch die Angabe Drozda's erwähnen, dass dieselbe unter den in der Literatur erwähnten 95 Fällen von Kleinhirntumoren 32 Mal, also bei einem Drittel aller bekannten Fälle constatirt wurde. Ein bekannter Befund und zwar der bei weitem häufigere ist auch die Erweiterung der Pupillen und ihre geringe Reactionsfähigkeit. Die langsam und ziemlich gleichzeitig mit der Sehstörung auftretende Gehörsabnahme, die sich endlich zur Taubheit steigerte, ist wohl aus der anatomischen Lage des Acusticusursprunges am Boden der Rautengrube und durch den auf denselben durch den Tumor ausgeübten Druck zu erklären; obwohl Taubheit kein constantes, charakteristisches Symptom für Kleinhirntumoren ist, wurde doch Schwerhörigkeit häufig dabei beobachtet und meines Erachtens ist es gar nicht nothwendig von gleichzeitig sympatischer Erkrankung des Nerv. acustic. zu sprechen, um sich dies Symptom deuten zu können.— Ob Sensibilitätsstörungen durch Kleinhirnerkrankungen constant hervorgerufen werden, lässt sich nach den diversen Anschauungen der verschiedenen Autoren wohl nicht bestimmen, in unseren und einem Falle Leber's (s. Oberniers Abhandlung über Gehirngeschwülste in Ziemsen's Handbuch) fehlte dieselbe vollkommen. Die während des Aufenthaltes der Kranken auf der Klinik, besonders in den letzten Tagen vorhandene Schlafsucht, die Friedreich für Gehirngeschwülste im Allgemeinen anführt, passt mit in den Rahmen des klinischen Bildes.

Von gestörten geschlechtlichen Functionen in unserem Falle zu sprechen, entfällt, da Pat. schon lange im Klimakterium stand.

Einige Tage vor dem Tode trat Erbrechen auf, es wird dasselbe in vielen Fällen angeführt, mag es nun durch Mitleidenschaft der Nachbarorgane oder directe Vagusreizung entstanden sein, jedenfalls ist dasselbe, da dafür weder im Leben eine Ursache noch bei der Obduction ein anatomisches Substrat gefunden wurde, auf

Rechnung der Kleinhirnerkrankung zu setzen. Offenbar zu weit gehend ist die Anschauung Panizza's und Roeddart's als Folge der Vagusreizung, die wohl in unserem Falle nur zufällig als Complication aufgetretene Hepatisation der Lunge, zu deuten. — Wenn gleich Intelligenzstörungen bei Kleinhirntumoren beobachtet wurden, so wäre doch der Blödsinn in unserem wie auch in einem von Hasse beobachteten Falle auf Rechnung des gleichzeitig vorhandenen Hydrocephalus zu setzen.

Die stetige Progression aller vorerwähnten Herderscheinungen, sowie der gesammte Symptomencomplex, den ich hier kurz wiederholen will, die exquisite, allmälig auftretende Unsicherheit im Gange mit nachfolgender Parese der unteren Extremitäten, Schwindel, auf's Hinterhaupt localisirter Kopfschmerz, Gesichts- und Gehörsstörung liessen in unserem Falle eine Encephalitis oder einen Hirnabscess ausschliessen und wiesen auf einen Tumor hin.

Das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung über die Natur des Tumors werde ich mir, wenn die genügende Härtung der Neubildung eine Untersuchung möglich machen wird, in diesem Blatte erlauben mitzutheilen.

Gutachten über die Ertheilung des psychiatrischen Unterrichtes.

Von Dr. R. v. Krafft-Ebing, k. k. Professor in Graz, Director der steir. Landesirrenanstalt.

(Schluss.)

5. Bisherige Vorschläge zur Lösung der Frage.

a) Temporäre Entlehnung der zu demonstrirenden Kranken von einer benachbarten Irrenanstalt (Irrenstation).

Sie ist ungenügend und unausführbar. Der Transport der Kranken ist nur im beschränkten Masse möglich, verändert das Bild der Krankheit. Wo in aller Welt würde ein Irrenanstalts-Director seine heilbaren Kranken auf Reisen schicken können oder wollen! Viele Kranke würden an ihrer Gesundheit Schaden nehmen, die Durchführung eines Heilplanes unmöglich sein. Heilbare, d. h. melancholische, tobsüchtige, wahnsinnige Kranke können nicht wie eine Waare versendet, auch nicht stante pede klinisch vorgestellt werden. Die klinische Verwerthung psychisch Kranker macht eine vorausgehende Untersuchung und mindestens mehrtägige Beobachtung nothwendig. Es sind für die Klinik eine Reihe von feineren Untersuchungen nothwendig, die in der Irrenanstalt nicht oder unvollkommen gemacht werden, über die das Krankheits-Journal keine Auskunft gibt.

Der Universitäts-Docent müsste zuweilen nach der betreffenden Irrenanstalt reisen, seine Fälle auswählen, studiren und dann mit seiner klinischen Auslese nach der Universitätsstadt reisen. Inzwischen wären dort Ferien und so würde sich dieses klinische Reisen und Dociren mit Hindernissen mehrmals im Semester wiederholen.

Gesetzt den Fall, es fände sich ein Docent und ein Anstaltsdirector, die diesen Modus sich gefallen liessen, sogar mit einander innig befreundet wären und aus Liebe zur Sache sich in die Hände arbeiteten, so könnte aus in der Sache liegenden Gründen der klinische Export sich doch nur auf chronische, unheilbare, für den Unterricht nur in geringem Masse verwendbare Fälle (Verrückte, Blödsinnige mit intercurrenten Aufregungszuständen, ruhige Paralytische, Epileptische etc.) beschränken. Der klinische, vorwiegend heilbare und frische Fälle beanspruchende Zweck wäre vereitelt und Docent wie Studirende hätten weder Interesse noch Nutzen von einer solchen Einrichtung.

b) Errichtung einer klinischen Lehranstalt im Verbande mit den übrigen Kliniken.

Am meisten empfiehlt sich ein derartiger Modus, da er die Möglichkeit gibt, ohne Zeitverlust für die Studirenden das Fach zu lehren und Nervenkranke, Hirnkranke aller Art mit psychischer Störung, Deliranten etc., deren Verwerthung aus den oben angeführten Gründen besonders vortheilhaft ist, ohne Weiteres nach der psychiatrischen Klinik zu transferiren.

Eine solche Klinik bedarf in Bezug auf ihre Einrichtungen, wenn von einigen Isolirzimmern abgesehen wird, wenig mehr als eine gewöhnliche medizinische Klinik. Sie ist ein integrirender Bestandtheil des akademischen Krankenhauses, hat nicht die Conversations-Arbeitssäle und all' den kostspieligen Apparat einer grossen Irrenanstalt nöthig, bedarf bloss eines genügend grossen Gartens. Die Aufnahmen erfolgen direct von aussen oder durch Transferirung von anderen Kliniken. Zahlreiche Kranke werden genesen oder gebessert entlassen, chronische zur Heilung oder weiteren Beobachtung nicht geeignete in Irrenanstalten oder Pflegeanstalten abgegeben.

Dieser Modus ist der einfachste und zweckmässigste in grossen Städten von etwa 100.000 Einwohnern und mehr, und sogar ein Bedürfniss für die anderen Krankenanstalten der Grossstadt, in welchen die Ordnung und Ruhe der Krankenräume störende, zahlreich vorkommende Alkoholiker, Epileptiker, Hysterische mit Delirien, Geisteskranke bis zur Entscheidung, ob sie in eine Irrenanstalt abzuliefern sind, nicht belassen werden können.

Aber eine solche Universitätsklinik ist eben nur in einer Grossstadt gut möglich, wo diese selbst schon ein reiches Contingent

an acuten Irreinsfällen alljährlich liefert und zahlreiche andere von den Krankenhäusern der grossen Stadt aus dem Land herangezogen werden.

c) Verwerthung einer in der Nähe der Universitätsstadt gelegenen Irrenanstalt zum klinisch-psychiatrischen Unterricht.

Dass eine Irrenanstalt unbeschadet ihrer sonstigen Zwecke zum Unterricht verwerthbar ist, sowie dass der Director derselben zugleich Professor und klinischer Lehrer sein kann, lehrt die Erfahrung.

Grundbedingungen für die Benützbarkeit einer Irrenanstalt zu diesem Zwecke sind, dass sie a) höchstens eine halbe Stunde von den andern Kliniken entfernt und b) eine Heilanstalt ist.

Sonst leidet der Unterricht in zweifacher Weise, indem er wegen der Entfernung einerseits mangelhaft besucht, andererseits wegen der Mangelhaftigkeit der Fälle ungenügend wird. Ist dagegen die Anstalt eine Heilanstalt und in erreichbarer Entfernung von den anderen Lehranstalten, so bietet sie alles wünschenswerthe Material für einen gedeihlichen psychiatrischen Unterricht.

6. Gegenwärtiger Stand des psychiatrischen Unterrichtes auf den Hochschulen deutscher Zunge.

Psychiatrische Kliniken im obigen Sinn haben Berlin, Wien, Breslau, Strassburg, Würzburg, Graz, Basel; projectirt sind welche in Königsberg, Heidelberg, München, Leipzig.

Benützung der nahen Irrenanstalt zu klinischen Zwecken findet statt in Bern, Zürich, Wien, Prag, Innsbruck, Erlangen, Göttingen, Greifswald, Halle, Jena, projectirt in Bonn.

In Heidelberg, Kiel, Leipzig, Giessen, Marburg, Rostock, Tübingen, Freiburg ist der Unterricht in Psychiatrie vorerst noch ein theoretischer, ja hie und da noch ganz fehlender.

Beiträge zur Kenntniss der Paralyse.

Von Dr. H. Schüle.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 32. Bd. 6. Heft.)

Mit vollem Rechte geht der Verf. von der Anschauung aus, dass die Bezeichnung »progressive Paralyse« bis jetzt nur ein klinischer Sammelname und dass es Aufgabe der auf anatomischer Basis langsam vorschreitenden Psychiatrie sei, den Paralysebegriff bestimmt klar zu stellen, andere Formen wie Blödsinn mit Lähmungen, originäre Verrücktheit mit paralytischen Symptomen etc. davon zu trennen, und zwar durch genaues Studium der Einzelnsymptome genau zusammengehalten mit den pathologisch-anatomischen Veränderungen die typische progressive Paralyse streng von anderen

Formen abzugrenzen, den Sammelnamen Paralyse in seine einzelnen klinischen Gruppen aufzulösen. Das genaue Studium der klinischen Symptome wird die Möglichkeit erschliessen, dieselben mit bestimmten anatomischen Veränderungen in Beziehung zu setzen und auf diese Weise von der klinischen Symptomatologie zur allgemeinen Pathologie der Seelenstörungen gelangen lassen. Wie sehr das genaue Studium der klinischen Bilder für Verständniss und Prognose der Paralyse nutzbringend sein kann, sucht Verf. durch vier sehr eingehend beobachtete Fälle zu erweisen, von denen die drei ersten nach längeren Vorstadien sich bedeutend besserten, so dass die Kranken zu ihren Berufen zurückkehrten, die Remissionen dauerten bis zu einem Jahre, und dann erst das Ausgangsstadium mit dem typischen Charakter der progressiven Paralyse folgte und mit Tod endete. Die vierte Beobachtung bringt die ausgesprochensten paralytischen Symptome im Anfange der Erkrankung, ein Jahr lang bestehend mit dem so seltenen Ausgang in Heilung.

Wir werden nun in kurzem Auszuge die mit grossem Fleisse und farbenreicher Detailschilderung vom Verf. erzählten Beobachtungen zu skizziren suchen.

I. Im Jänner 1867 kam ein 37jähriger Gelehrter in die Illenauer Anstalt, der nach psychischer Ueberanstrengung ein Bild hochgradiger psychischer Hyperästhesie, wie der Verf. sagt: »vom Wirbel bis zur Zehe ein Wehesein« zeigte. Dabei jedoch waren Gedächtniss, Urtheil, ja überhaupt die ganze Intelligenz des Kranken vollständig intact, jedes motorische Symptom fehlte, ja nicht einmal im höchsten Affecte zeigte sich eine motorische Störung. Anfangs April begann sich der Kranke zu beruhigen, die somatischen Functionen regelten sich und nur zeitweise zeigten sich Momente psychischer Schwäche, welche nur dem kundigen Auge des Arztes auffielen, der sonstigen Umgebung gänzlich entgingen. Ende Juli reiste Patient in ein Bad, schrieb von dort eine Reihe ganz gediegener Briefe, kehrte endlich trotz defectem Schlafe zu seinem Berufe als öffentlicher Lehrer in eine deutsche Universitätsstadt zurück. Monate lang ging Alles gut, nach Jahresfrist (Juni 1869) kehrte jedoch der schon geheilt geglaubte Kranke als ausgesprochener Paralytiker in die Anstalt zurück; nach kurz dauernden ruhigeren und lang dauernden Erregungszeiten traten Ende Mai 1870 durch eine Woche eine grosse Serie paralytischer Anfälle auf und am 29. Mai erfolgte unter zunehmendem Sopor Abends der Tod*). Die Section ergab: Pachymeningitis interna, Septomeningitis

*) Referent hatte erst unlängst Gelegenheit auf der Klinik des Herrn Prof. Meynert einen ganz ähnlichen Fall, was den Verlauf anlangt, zu beobachten. In Kürze: Ein 39jähriger Spediteur im Winter 1875 hochgradig melancholisch, nicht die geringste motorische Störung;

chronica diffusa mit Oedem (links, entsprechend den vorwiegend linksseitigen Convulsionen in den paralytischen Anfällen, stärker) ebenso eine links stärkere Atrophie, Pons und Medulla oblongata hochgradig hyperämisch, leichte Septomeningitis spinalis etc. — Die mikroskopische Untersuchung ergab den gewöhnlichen Befund chronischer Encephalitis mit hochgradiger Ganglien-Degeneration und pathologische Neubildung einer Gefässsprosse.

II. Ein 39jähriger Kaufmann, ohne erbliche Anlage, mit Ausnahme einer Malaria-Affection, während eines Aufenthaltes in den Tropen acquirirt, gesund, jedoch im Geschäfte fortwährend psychisch sehr angestrengt, kam am 9. August 1873 nach einem kurz vorher in melancholischer Stimmung beinahe ausgeführten Tentamen suicidii in maniakalischer Aufregung in die Anstalt. — Daselbst bot er das Bild einer genuinen Manie ohne motorische Störungen, ansteigend bis Mitte August und dann sich allmalig bessernd. Es folgte ein leichtes Depressionsstadium, welches sich noch nach der Entlassung des Kranken aus der Anstalt steigerte, um endlich im Frühjahr 1874 sich in einen rasch ansteigenden Aufregungszustand umzuwandeln, der die abermalige Ueberbringung des Kranken in die Anstalt erheischte. Nun waren collossaler Grössenwahn und Verfolgungswahn, Tobsucht und paralytische Störungen in der Sprache vorhanden; am 13. Mai traten linksseitig Convulsionen auf, welche bis zum Tode, der am 17. Mai erfolgte, völlig ununterbrochen fortdauerten.

Sectionsbefund: Hochgradigste Hyperämie der Septomeningen, namentlich links; normale Windungsconfiguration des Hirns, Hydrocephalus internus, Hyperämie der Basalganglien; Arachnitis spinalis chronica.

Mikroskopische Untersuchung ergab ausser dem gewöhnlichen Befunde bei einem chronischen Reizzustande des Gehirnes, ausgewanderte rothe Blutkörperchen im Hirnparenchym, stufenweise Weiterentwicklung protagonhältiger Zellengruppen zu grossen opaken Kugeln mit Ausscheidung von Pigmentstückchen und zu flachen matten, homogenen, schliesslich dehiscirenden Scheiben *).

III. Nach einer an sich nicht sehr bedeutenden Vermögenseinbusse kam Anfangs October 1873 ein 36jähriger Bierbrauer mit den Symptomen einer Melancholie in die Anstalt. Bei vollkommenem Fehlen jeder motorischen Störung verfiel der Kranke immer mehr und mehr in einen tiefen Stupor; erst im April 1874 begann er

---

seit April 1876 Grössenwahn, im Mai Tobsuchtsanfälle, ausgesprochenes Bild progressiver Paralyse.

*) Siehe: Psychiatr. Centralblatt 1875. 1.. S. 6 und 7. Vortrag des Herrn Reg. R. Prof. Meynert: „Ueber anatomische Befunde nach Psychosen."

sich wieder zu erholen, jedoch sehr langsam. Im September 1875 wurde er entlassen und befand sich in den letzten Monaten desselben Jahres ganz wohl, zuerst am Bodensee, dann wieder in seiner Familie. Anfangs Jänner 1875 wurde er erregter, ergab sich dem Trunke, machte grosse Pläne, schrieb viel, verschleuderte sein Vermögen, verlor jedes Anstandsgefühl und kam im März 1875 mit progressiver Paralyse wieder in die Anstalt. — Daselbst heftige Tobsucht, nach und nach Erschöpfung, endlich am 4. August Tod an Marasmus.

Section: Diffuse Septomeningitis chronica, Atrophie beider Hemisphären, Hydrocephalus internus.

Mikroskopische Untersuchung ergab den Befund einer chronischen Encephalitis; ausserdem aber das Gliagewebe von einer Unzahl grösserer und kleinerer Maschen durchsetzt, in demselben zweifellose Lymphkörper. Verf. bezeichnet den Process als rareficirende Encephalitis. (Schluss folgt.) Dr. Schlangenhausen.

Buchschau.

Anleitung für Angehörige von Gemüths- und Geisteskranken zur zweckmässigen Fürsorge für ihre Patienten vor und nach Uebersiedlung derselben in eine Anstalt. Von Dr. Ewald Hecker. Berlin, F. Dümmler 1876. 8. 47 Seiten.

Verf. verfolgt den praktischen Zweck, den Angehörigen von Geistes- und Gemüthskranken kurzen, möglichst begründeten Rath zu ertheilen, wie sie ihre Kranken bis zur Uebergabe in eine Heilanstalt behandeln sollen, auf welche Weise sie am besten die Aufnahme in eine Anstalt bewerkstelligen und wie sie auch nachher ihr Verhalten zur Unterstützung der Anstaltspflege einrichten müssen. Wenn wir auch den Abschnitt über die Krankheitsformen weder für klare Kennzeichnung der wesentlichen Erscheinungen der Psychosen für Laien, noch für eine populäre und präcise Darstellung der fachlichen Anschauungen bezüglich der Krankheitsformen erklären können, namentlich nicht genügend auf die krankhaften Stimmungszustände aufmerksam gemacht wird, die ohne Störung der Intelligenz und ohne Wahnvorstellungen oft längere Zeit in Folge der vorhandenen Gehirnerkrankung bestehen, und bei denen eine rechtzeitige Erkenntniss oft noch durch zweckmässige Hilfe Heilung, Milderung derselben oder Ausbruchsverzögerung der offenen Psychose herbeiführen kann, ebenso die Anfangsstadien der einzelnen Gehirnerkrankungen mit psychischer Alienation nicht entsprechend und klar dargestellt sind, so müssen wir doch den Rathschlägen gegenüber dem beginnenden Irrsinn eingehende Aufmerksamkeit wünschen.

Wir sind zwar der Ueberzeugung, dass häusliche Pflege oder familiale Pflege anderer Art bei nicht wenigen Geisteskranken möglich, ja gerathen wäre, wissen aber aus eigener Erfahrung nur zu gut, wie schwierig, ja wie unmöglich es oft ist, namentlich bei den bestehenden Vorurtheilen, bei den vorhandenen Missverständnissen, bei dem verbreiteten

Mangel an richtiger Einsicht die Verhältnisse in der Umgebung des Kranken ausser der Anstalt so zu setzen, wie er sie braucht. Wir stimmen dem Verf. vollständig bei, wenn er auf das unzweckmässige und wissenschaftlich Ungerechtfertigte hinweist, das Kranken als Heilmethode so oft und so lange aufoktroyirt wird, bis sie tobend oder ganz verwirrt, bis sie ganz oder fast unheilbar, d. h. nach Ansicht vieler Aerzte und einer übergrossen Anzahl der Laien erst reif für eine Irrenanstalt geworden sind. Leider haben die Staaten bis nun vernachlässigt, entsprechende Einrichtungen für die Vor- oder Anfangsstadien von Psychosen herzustellen; leider — doch darüber ein andermal! Wir können in Beziehung auf Verhalten gegenüber ausser oder in Anstalten befindlichen Kranken das Büchlein nur der Beherzigung des Publikums empfehlen. G.

Bericht über die n. ö. Landes-Irrenanstalt Ybbs. In Verbindung mit dem ärztlichen Jahresberichte pro 1872. (In Druck gelegt über Auftrag des n. ö. Landtages. Wien.)

Als der erste Bericht über Ybbs enthält das Buch nach kurzer historischer Einleitung die Beschreibung der Anstalt und ihrer Einrichtungen, ferner Tabellen über die Krankenbewegung der letzten 30 Jahre und weiterhin den ärztlichen Jahresbericht für 1872. Den die Sectionsbefunde sammt Gehirngewichtsangaben enthaltenden Tabellen sind kurze Krankengeschichten der sämmtlichen Verstorbenen beigefügt.

Schliesslich enthält der Bericht einen Aufsatz des Herrn Primararztes Dr. Anton Holler, der eine ausführliche Beschreibung der von dem Autor erfundenen „Präparationsmethode zur Darstellung grosser Hirn- und Rückenmarkschnitte, welche bei einer 2500fachen Vergrösserung noch deutliche Bilder ermöglicht," (d. Centralbl. Nr. 6 IV. Jahrg.) gibt. Es folgt dann auf 6 Seiten der Text zu 20 theilweise in Farben ausgeführten Foliotafeln mit gesunden und kranken Formelementen, die nach hunderten zählen und mit skizzirten Abbildungen aus verschiedenen Theilen des Gehirnes. Dr. C. E. Hoestermann.

Die Medicinal-Gesetzgebung des deutschen Reiches und seiner Einzelstaaten. Aus dem amtlichen Material für den praktischen Gebrauch zusammengestellt von Dr. G. M. Kletke. I. Bd. Gesetze und Verordnungen vom Jahre 1875. Berlin, E. Grosser 1876. kl. 8. 316 Seiten. Preis 4 Mark.

Vorliegende Sammlung enthält auch für Irrenärzte, so wie für Staatsärzte, die sich für das Irrenwesen interessiren, bemerkenswerthe Mittheilungen. Je genauer wir Gesetzgebung und vorhandene Zustände eines Zweiges öffentlicher Fürsorge in fremden Ländern kennen, desto gerechter sind wir gegenüber den heimischen Zuständen, desto leichter können wir für das bei uns für besserungbedürftig Erkannte die zweckmässige Abhife finden. In dieser Sammlung dürften vor allem die bairischen Verordnungen über Morbilitäts- und Mortalitätsstatistik in Irrenanstalten, über die Irrenanstaltsstatistik in Preussen, über Statute der Staatsirrenanstalten in Württemberg u. s. f. interessiren. G.

Notizen.

Irrenanstalt in Krain. Auch Krain strebt seit Jahren eine Besserung seiner Anstaltsverhältnisse an. Unter Minister Bach war bekanntlich die Absicht vorhanden, für Ländergruppen Irrenanstalten zu errichten und so sollte für Steiermark, Kärnthen und Krain eine gemeinsame Anstalt in Steiermark errichtet werden, zu deren Baufond eine Staatslotterie einen Beitrag liefern sollte. Da man später von dem wenig zweckmässigen Plane abkam, wurde der Ertrag der Lottorie getheilt und der Krainer-Antheil derselben capitalisirt. Später in den Sechziger Jahren beschloss der Landesausschuss die Reform der alten Irrenanstalt, die als Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in einem Nebengebäude untergebracht war, von den Aerzten der medicinischen Abtheilung besorgt wurde und noch wird, und räumlich und sachlich ungenügend war. Der Ausschuss wendete sich an den Verein der Aerzte Krains, der nach einem umfassenden Referate Gauster's, damals Bezirksarzt in Krain, für den Neubau einer billigen Anstalt für 160—200 Kranke plaidirte. Gauster machte damals schon aufmerksam, dass man bald Platz für 200 Kranke brauchen werde. Die Sache gerieth aber wegen der traurigen finanziellen Verhältnisse ins Stocken, bis die Ueberfüllung zur Unterbringung eines Theiles der Kranken in einem abgesonderten Theile einer Zwangsarbeits-Anstalt (!) und zu ähnlichen Aushilfsmassregeln führte und endlich im vergangenen Jahre ein vortrefflicher, nahe an Laibach gelegener Landbesitz mit Wohn- und Wirthschaftsgebäuden in umfassender Ausdehnung erworben wurde. Nach harten Kämpfen, nachdem ein Project einer Anstalt für 200 Kranke des Primararztes Sanitätsrathes Dr. Bleiweiss am Kostenpunkte gescheitert war, sind mittlerweile 150000 fl. bewilligt, um einen Theil der neuen Anstalt aufzubauen, wobei die alte Anstalt und eine Filiale noch beibehalten werden soll, eigene Administration und Direction soll die Anstalt nicht erhalten. Wir überlassen das Detail einer uns in dieser Sache versprochenen Correspondenz, werden aber demnächst über die principiellen Fragen unsere Anschauungen darlegen.

Irrenanstalt für Croatien. Seit Jahren arbeitet man an dem Projecte für die Errichtung einer eigenen Irrenanstalt für Croatien. Auch hier haben sich demselben mannigfache Hindernisse entgegengestellt. So auch die Weigerung des Grenzergebietes, zur Dotation der Baukosten beizutragen. In Croatien, Slavonien (ohne der nun aufgehobenen Militärgrenze) waren im Jahre 1866 323 Geisteskranke gezählt, von denen man bei 42% kein Bedürfniss einer Anstaltspflege annahm. Man will nun, da schon ein Theil der Militärgrenze mit 71000 E. an die Civilverwaltung Croatiens überging, für 200 Kranke eine Anstalt bauen. Im Agramer Spitale der barmherzigen Brüder und Schwestern waren im Jahre 1874 102 Irrkranke, in anderen Spitälern 27, in Anstalten ausser Land 11 — 14. Dass die Zahl von 200 wohl zu tief gegriffen ist, geht, abgesehen von unseren übrigen statistischen Erfahrungen, schon daraus hervor, dass blos in dem Bezirke Fiume (Vicegespannschaft) ausser den Epileptikern 71 Irrkranke sind, wovon 11 in Anstalten, und dass ausser dieser das Land noch 19 Vicegespannschaften und 12 Stadtgemeinden besitzt. 419000 fl. liegen für den Bau bereit. Man hofft im nächsten Frühjahre mit dem Bau einer geschlossenen Anstalt für 200 Kranke beginnen zu können. Reg.-Secret. Dr. Schwarz, der vor ein Paar Jahren in Ofen, Wien und Graz war, bereist nun einige Anstalten Mitteldeutschlands zu diesem Zwecke. G.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

15. August 1876. Nr. 6 & 7.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Preis des Jahrganges **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.** Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Reg.-R. Prof. Dr. Meynert: Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes (Schluss). — Dr. Stephanides: Eigenthümliche Körperstellung und Haltung der Extremitäten bei einer epileptisch blödsinnigen Kranken und die bei der Obduction der Leiche dieser Kranken gefundenen Veränderungen im Gehirne. — Aus dem Vereine: Protokoll der Sitzungen vom 31. Mai und 28. Juni 1876. — Anzeigen.

Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes.

Von Theodor Meynert.

(Schluss.)

Ich sagte vor dieser pathogenetischen Abschweifung, man könne blindlings das Symptom einer Facialislähmung herausheben um zu zeigen, dass einzig der Verlauf im weitesten Sinne auf den Krankheitsprocess, auf das Object der Diagnose führe und will dieses Beispiel eingehend durchführen.

Die gleichzeitige Gruppirung der Facialislähmung oder jedes anderen Symptomes mit andern örtlichen Symptomen wird wesentlich nur der Bestimmung des erkrankten Gehirnabschnittes, nicht der Diagnose des Processes dienen. Die Ausbreitung der Lähmung bloss über die respiratorischen Muskeln des Facialis oder auch über dessen Orbicular- und Stirngebiet werde ich im Allgemeinen bei den centralen Lähmungen als irrelevant ansehen, weil bei den unterhalb der Linsenkerne liegenden Affectionen das Gebiet der Lähmung nicht minder partiell sein kann, als es bei Processen in diesem Ganglion zumeist der Fall ist, und andererseits von diesem Ganglion auch totale Lähmungen abhängen können, endlich bei den wenig intensiven, vom

Stirnlappen ausgehenden sogenannten Paresen, sogar über die Totalität gar nicht sicher entschieden werden kann. Zwischen den entgegengesetzten Herden einer Facialislähmung, den Hemisphären zu oberst, der Wurzel zu unterst, entscheidet unter gleichen Umständen für den Sitz die Intensität, weit sicherer als die Ausbreitung. Für die folgenden 12 aus meiner Beobachtung herausgegriffenen Fälle von Facialislähmung, will ich vor allem das methodologische Interesse in Anspruch nehmen. Den Kennern, denen ich hiermit keine neuen Ansichten biete, wird vielleicht aus den Beispeilen einiges casuistische Interesse entgegentreten.

1. Eine Facialislähmung kann Symptom eines Processes sein, der nach kurzem allgemeinen Krankheitsgefühle. neben Unregelmässigkeiten des Pulses, letzterem mehr minder parallele, mehr minder intensive Fiebererscheinungen auftreten lässt, und einen zuerst unterscheidbaren Anstieg der Erkrankung in allgemeine Erregung, gefolgt von einem baldigen Umschlag in Prostration und Bewusstseinsschwäche, Lähmungen mit schwankendem Verlauf, aber jedenfalls ein kurzes Krankheitsbild, das nur nach Wochen zählt, erzeugt. Eine Meningitis (bei mässiger Intensität der Hemisphärenerscheinungen sowohl, als des Fiebers und ausgeprägterer Intensität der Lähmungen, eine basale) kann durch solchen Verlauf diagnosticirt werden. Leiser Eintritt, Fieber und parallele Pulsschwankung, die verschieden grell ausgeprägte Folge von Erregung und Schwäche sind die leitenden Verlaufsmomente.

Ein 44jähriger Tischlergeselle vom 22. Juni bis 2. Juli 1871 (durch 11 Tage) erkrankt. Anamnestica unbekannt. Er bleibt am 22. Juni wegen Kopfschmerz und allgemeinem Unwohlsein aus der Arbeit, legt sich zu Bette.

23. Juni. Verwirrt aber nicht aufgeregt.

24. Juni. Unruhig, phantasirt, will immer ausfahren.

27. Juni. Auf die Klinik aufgenommen. Kann sich nicht aufrecht erhalten, muss zu Bette, murmelnde Delirien, das Bewusstsein klärt sich auf Anreden. Lähmungen: rechts Ptosis und nur nach aussen erhaltene Beweglichkeit des Bulbus; links Abducens und Facialis bedeutend gelähmt, Schlingen erschwert, die l. Gesichtshälfte unempfindlich, Extremitäten gelähmt, sinken nach passiver Hebung kraftlos nieder. Am linken Beine Reactionen auf Stiche verspätet und durch Abwehrbewegungen des rechten Beines beantwortet. Temperatur links für das Anfühlen tiefer als rechts. P. 80, T. 37·7.

28. Juni. Dasselbe. P. 96, T. 38·4.

29. Juni. Kein Versuch zu sprechen. Respiration mühsam. Athmungsgeräusch schwach. P. 84. T. 38.

30. Juni. Unverständliche Sprechversuche, links Abducenslähmung gebessert, Hauttemperatur links höher als an den rechten Extremitäten. P. 76. T. 37·8.

1. Juli. Lähmung links gebessert, dagegen folgen die rechten Extremitäten nur der Schwere. P. 100. T. 38·8.

2. Gestorben. Chronische vordere Trübung der Meningen an der Gehirnconvexität. Lippen der Sylphischen Spalte verklebt, fischlaichartige, körnige Massen einschliessend. Um den grauen Höcker, von da bis gegen

den unteren Brückenrand und über dem Vorderende des Oberwurmes theils weisse, schwellende Trübung, theils Infiltration gelblich gelatinöser Massen, die Oculomotorii einschliessend. Der Hirnschenkel zeigt beiderseits stecknadelkopfgrosse zahlreiche Extravasate, rechts dessen ganze Breite und Höhe durchsetzend, bis in die Haube und in das Stratum zonale des Sehhügelpolsters eindringend, links mehr auf die oberflächlichen Lagen des Hirnschenkelfusses beschränkt und das äussere Drittheil frei lassend. Starkes örtliches Oedem. Namhafter Hydrocephalus mit starker Trübung. Zerfliessende Weichheit der Kammerwände und des Occipitalmarkes, mässiges Oedem der vorderen Hemisphärentheile. Lungenhypostase, mässige Herzverfettung. Lebergranulirung. Chronischer Magenkatarrh. (Mit der Beschränkung der Extravasate im linken Hirnschenkel auf innen hängt wahrscheinlich das Fehlen der Anästhesie auf der rechten Seite zusammen, während die rechte Oculomotoriuslähmung wahrscheinlicher durch die Extravasate der rechten Haube, als durch die meningeale Infiltration bedingt zu sein scheint. Die anfangs vorwiegend (gekreuzten) linken Extremitätenlähmungen mit der des linken Facialis sind ebenfalls durch die Extravasate von rechts bedingt, die Lähmung der rechten Glieder war anfangs weniger intensiv.

2. Eine Facialislähmung tritt (primär oder nach Spuren einer vorangegangenen) ohne Fieber, ohne apoplektischen Anfall, anscheinend plötzlich oder in rasch anwachsender Intensität auf. Nach Tagen, nach einer Woche zeigt sich ein regressiver Verlauf der Lähmung. Besonders embolische Einwanderung oder örtliche Encephalitis kommen hier in Frage. Letztere um so mehr, wenn auf einen schon früher bestandenen Herd zu schliessen ist.

Eine 56jährige Magd vom Lande leidet angeblich seit 10. April 1874 an Tobsucht mit Angst und Verfolgungswahn, der sich ihrem Bildungsgrade entsprechend vielfach um den Gedanken bewegte, die Aerzte seien ein alter Teufel und ein junger Teufel, welche sie, öfter auf hallucinatorische Beweggründe hin, mannigfacher Feindseligkeiten beschuldigt. Im December (also nach etwa 8 Monaten) beginnt sie klar zu werden, macht rasche Fortschritte, ist bereits am 29. December ganz beruhigt und arbeitsam. Ihre Entlassung wird im Jänner und Februar 1875 durch mehrmals auftretende stärkere Diarrhöen verzögert. Die Kranke zeigte schon bei ihrer Aufnahme ein merkliches gleichbleibendes Hängen des rechten Mundwinkels.

Am 25. Februar, nachdem die Kranke über Nacht wach, aber ruhig im Bette gelegen war, erscheint sie auch bei der Morgenvisite bei Bewusstsein, aber von unvollständiger Aphasie befallen, und eine die ganze rechte Gesichtshälfte einnehmende, ziemlich intensive Facialislähmung (die Gaumenmuskulatur ausgenommen), nebst Paralyse der Zunge und der rechten Extremitäten ist eingetreten. Puls 72, Temperatur auch Abends nicht erhöht.

27. Febr. ist die Aphasie nur mehr spurweise, die Sprache energischer. Eine Zeit vor dem Tode, der am 16. März nach hartnäckigen Diarrhöen erfolgt, ist die Hemiplegie an den Extremitäten kaum erkennbar, die stärksten Reste zeigen sich im Facialisgebiete, der Lidschluss aber ist ganz prompt geworden. Die Diagnose wurde auf Encephalitis des linken Linsenkernes und der l. Sylvischen Grube gestellt, die Aphasie hatte an einen anderen Sitz des Herdes gar nicht denken lassen.

In der Leiche marastische Ecchymosen an der Dura, geringe vordere Trübung der Hirnhäute; Atrophie der Windungen; ein Herd, welcher mehr als die vordere Hälfte des äusseren Gliedes vom Linsenkern ein-

nimmt, ohne dessen Basis zu erreichen, und auf den vorderen Theil der inneren Kapsel, auf die äussere Kapsel und das Inselmark übergreift. Der Herd (21 Tage alt) ist scharf begrenzt, weicher als Mark, sein Durchschnitt vom Ansehen einer ganz gleichmässigen gelben Erweichung. Lungenödem, Dilatation und Verfettung des Herzens, herdweise Verfettung der Leber, chronischer Magen- und acuter Darmkatarrh, chronischer Morb. Brightii, Uterusflexion nach rechts durch Pseudomembranen.

3. Ein Process, der Facialislähmung herbeiführt, setzt mit einem Trauma auf den Kopf ein. Etwa nach einer Ohnmacht, nach vorausgehenden Krämpfen im betreffenden Facialisgebiete entstanden, schreitet die Lähmung durch kurze Zeit vor, um im Verlauf einiger Wochen einen regressiven Verlauf nahezu bis zum Verschwinden des Symptomes zu nehmen. Encephalitis, etwa in der Umgebung kleiner parenchymatöser Extravasate wird mit höchster Wahrscheinlichkeit zu diagnosticiren sein.

Ein 43jähriger Maurer stürzte am 14. Juni vom Baugerüste, bleibt eine Viertelstunde bewusstlos und geht dann ohne Hilfe nach Hause. Am nächsten Tage leidet er an Doppeltsehen. Eine rechtsseitige Ptosis fällt auf und eine ziemlich intensive Parese des rechten Musculus rectus internus und rect. superior. Zugleich ist eine Facialisparese von geringerer Intensität rechts aufgetreten. Die Oculomotoriusparalyse muss vom Mittelhirn abhängen. Es erscheint aber zunächst unmöglich, diese Facialisparese auf denselben Erkrankungsherd im Mittelhirn zu beziehen, weil die Facialisbündel im Hirnschenkel, wo sie der Oculomotoriuswurzel benachbart sind, im Gegensatz zu dieser ja gekreuzt vertreten sind. Eine genauere Untersuchung aber zeigte bei dem Kranken auch links eine sehr leichte Ptosis und interne Rectusinsufficienz. Da somit der Process ein doppelseitiger war, in der Höhe des Oculomotoriusaustrittes beide Hauben des Hirnschenkels zum Sitz hatte, so ist es sehr glaublich, dass die rechte Facialisparese von einer Verbreitung des links minder intensiven Processes auf den linken Hirnschenkelfuss abhing. Nach 4 Wochen ist unter Verschwinden der Doppelbilder eine weitgehende Besserung aller Paralysen sichtbar.

Obgleich diesfalls keine Obduction vorliegt, so stelle ich mir das zu diagnosticirende anatomische Bild, von der basalen Meningitis abgesehen, ähnlich wie im Falle 1, nur nach hinten verschoben vor, so dass der Fuss des Hirnschenkels beiderseits wenig berührt wird. Die Facialislähmung von demselben Herde wie die der Oculomotorii abzuleiten, hatte dort die Necroscopie selbst an die Hand gegeben. Die Anschauung des Kranken verdanke ich Herrn Prof. v. Jäger. Dass die regressive Verlaufsweise als charakteristisch für Encephalitis und Hämorrhagien erscheint, präjudicirt gewiss nicht den Fällen progressiv verlaufender Erweichungsprocesse.

4. Acut und fieberlos, etwa mit einer Apoplexie einsetzende Fälle von Facialislähmung kommen nach Syphilis vor. Auch sie können einen regressiven Verlauf nehmen. Die Symptome weisen oft darauf hin, dass die Krankheitsherde multipel sind, wobei das Entstehen der Herde keineswegs immer an Apoplexie anknüpft, sondern ihr Beginn latent und das Hervortreten von Symptomen erst von einem gewissen Umfange eines der multiplen Processe bedingt ist. Abgesehen von diesen vielörtlichen Recidiven des Processes kann auch

das Symptom eines einzigen Herdes recidiviren, besonders in Fällen wo die ganze Gehirnerregung sehr erschöpfbar ist, wo Dementia vorhanden. Die Recidiven haben oft eine sichtbare Gelegenheitsursache und der Herd zeigt sich als ein wahrer Locus minoris resistentiae. Auch hier ist die Diagnose auf Erweichungsherde und deren Reste zu richten. Der Ursprung findet sich wohl in den basalen und intracerebralen Gefässentartungen, welche Heubner beschrieb.

Eine 58jährige Frau, welche syphilitische Erkrankung läugnet, zeigt eine defecte, um den knorpeligen Theil herum tief eingesunkene Nase, Mangel des Zäpfchens und Narben am Gaumen. Mit 20 Jahren litt sie im 2. Monat der Gravidität an Chorea. Vor 4 Jahren hatte sie einen apoplektischen Anfall, mit nachfolgender linksseitiger Facialislähmung, Hemiplegie der Extremitäten. Die Lähmungen schienen zu verschwinden. Später befielen sie zu öfteren Malen tagelang dauernde Anfälle von Sprachunfähigkeit, wahrscheinlich Aphasie, ohne Bewusstseinsstörung. Mitte December wird sie von einem Hund zu Boden geworfen. Nach 2 Tagen stellt sich wieder Sprachunfähigkeit ein. Etwa nach einer Woche eine kraftlos entwickelte psychische Aufregung, mit Neigung aus dem Haus zu fliehen. Am 21. Jänner kommt sie auf die Klinik. Sie erscheint marastisch, Reste linksseitiger Facialislähmung treten hervor, ihre Sprache ist ganz unverständlich, eine grosse Verworrenheit lässt methodische Prüfung auf Aphasie nicht zu, es wird nicht klar, ob sie Anreden versteht. Zuweilen erhebt sie Geschrei, steigt aus dem Bette und geht eine Strecke. Am 30. Jänner wird sie soporös; stirbt am 2. Februar.

Gehirnbefund. Dichter Schädel, an der Innenfläche des linken Stirnbeins, von Osteosklerose umgebene Knochennarbe, die verdickte Dura mater mit dem Schädel verwachsen, im Allgemeinen starke Gehirnatrophie, ein schwieliger Herd im rechten Linsenkern, die Wände der Sylv. Grube beider Seiten zeigen ausgebreitete zitronengelbe Verfärbung mit Atrophie der Rinde, welche stellenweise das Mark durchschimmern lässt. Die Arterien der Basis an vielen Stellen verdickt und starr, die beiden hinteren Spaltungsäste der linken Arteria insularis undurchgängig. (Die Obduction stellte folglich die nach der Anamnese und Beobachtung unklare Deutung der Sprachunfähigkeit als Aphasie fest.)

5. Stabile Facialislähmungen meist jugendlicher Kranker, oder von Kindern mit Blödsinn oder Reizbarkeit, verbinden sich in der Mehrzahl mit Anfällen von voller Epilepsie oder Tobsucht, Angst, Hallucinationen mit Bewusstseinsstörung, Bewegungsacten mit nachfolgender Amnesie, darunter unmotivirten periodischen Selbstmordversuchen, stets von intervallärem Auftreten. Die Lähmung ist meist nach den Anfällen hervortretender. Diese Lähmungen entsprechen Resten von Encephalitiden des Kindesalters, Schwielen und Cysten der Ganglien des Grosshirnmarkes, gelben Platten der Rinde, zuweilen umfassender halbseitiger Atrophie. Bei Processen in Ganglien, deren Zerstörung nicht lähmt, wie der Sehhügel, treten Pseudocontracturen an den oberen Extremitäten hervor, welche trotz fast lebenslangen Bestandes passiv leicht auszugleichen sind, auch activ durch den Kranken selbst, wenn man ihn zu einem stärkern Willensimpuls bringt. Diese scheinbaren Contracturen sind durch den Willen unterhalten, welcher das z. B. durch Sehhügelerkrankung gestörte

örtliche Innervationsgefühl herzustellen sucht. Eine Facialislähmung mit acutem Einsatz im Kindesalter entstanden, stationär, doch nach Intervallen stärker hervortretend, geht in ihrem Verlaufe einem epileptischen Status parallel.

Eine 33jährige ledige Beamtenstochter kommt am 10. Juni 1873 auf die Klinik. Sie war im ersten Lebensjahre unter Krämpfen erkrankt, worauf sie rechts hemiplegisch, sogar mit Einschluss der Augenmuskeln wurde. Der Verlauf der Lähmung zeigte sich nach einem Jahre regressiv, rechtseitige Schwäche blieb zurück. Epilepsie, vor dem 7. Jahre seltener, dann häufiger, von der Pubertätszeit an mit Tobsucht, Verblödung entwickelte sich. Unter meiner Beobachtung bis zum 17. Mai 1874 veränderte sich der Zustand nicht. Erschwerte Articulation, rechts Facialisparese, schwankten in ihrer Intensität wie Intervalle und Anfälle. Die rechte Hand, seltener den rechten Arm, beugt die Kranke, wenn nicht Beihilfe zu Beschäftigungen oder Aufforderung sie davon abhält. Wie ich späteren Beobachtungen des Hrn. Dr. Stephanides entnehme,*) pflegte sie in den letzten Jahren auch den Kopf und die Wirbelsäule nach rechts gedreht zu halten. — Der rechte Fuss schleifte beim Gange nach. Die Kranke starb am 12. Juli 1876. (Ich verweise bezüglich der scheinbaren Contracturen auf meine Abhandlung: „Ein Fall von Sehhügelerkrankung.“ Wiener mediz. Jahrbücher 1872.)

Befund. Atrophie der ganzen linken Gehirnhälfte, bis zur Brücke, dabei der linke Sehhügel von besonderer Härte. Knorpelhart, von höchster Blutarmuth, und weit über das Mass der übrigen Atrophie hinaus klein, zeigte sich das linke Ammonshorn der Epileptica. Die rechte Kleinhirnhälfte zeigt deutliche, mit der des Grosshirns gekreuzte Atrophie. Hirngewicht 1175 Gramm.

	rechts	links
Grosshirnlappen	506	425
Stammlappen, Sehhügel und Mittelhirn	55	35
Kleinhirnhälften	62	67

6. Eine Facialislähmung, welche sich acut bei einer noch jugendlichen Person entwickelt, die, ohne hydrocephalische Zeichen der Form des Schädels, doch einen zu den Kephalonen rangirenden Schädelumfang besitzt, oder einen wenigstens für weibliche Schädelgrösse überraschenden Umfang, kann einem durch Hypertrophie des Gehirnes bedingten acuten Processe angehören. Die kranke Person soll keine Intelligenzschwäche, noch andere hydrocephale Gehirnstörungen vorher im Leben geboten haben. Der Process ist am leichtesten mit einem Tumor zu verwechseln, indem sein Verlauf die Erscheinungen von Raumbeengung im Schädel und einen progressiven Fortgang zeigt, doch ist der Verlauf zu rasch für einen Tumor. Vielleicht darf auch in solchen Fällen die Aufeinanderfolge und Intensität der Lähmungen, beziehungsweise die Stellung der Facialislähmung zu den übrigen, als wesentliches Verlaufsmoment diagnostisch in Betrachtung gezogen werden. Darf man hier für die Lähmung als wesentliche Mitbedingung den allgemeinen, z. B. durch hyperämische Schwellung gesetzten, wegen Mangels an Höhlenwasser

*) Vide die in diesem Bl. enthaltene Mittheilung desselben. D. R.

unmodificirbaren Druck in der Schädelhöhle annehmen, so kann dieser am wirksamsten das hervorragendste Basalorgan, die Brücke treffen und wieder zunächst deren hervorragendste Mediangegend, so dass ein zeitliches oder intensives Weiterschreiten der Lähmung vom Abducens ausgehend, auf den Facialis, dann auf den Quintus (eventuell Acusticus) erklärlich würde.

Eine 22jährige Blumenmacherin, intelligent, geschickt, aus einer, mehrfache Neuropathien aufweisenden Blutsverwandtschaft, bisher nur mehrmals an Icterus erkrankt, erlitt im November 1875 eine Gemüthsbewegung und darauf einen epileptiformen Anfall, darnach in Pausen bis Ende December noch zwei, am 12. Jänner 1876 vier Anfälle. Auf Weingenuss, dem sie sich in angeblich therapeutischer Absicht excessiv ergab, traten heftige Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit auf, und am 10. Jänner das erste Doppeltsehen. Am 13. Jänner kommt sie zur Klinik. Schädelumfang nach Abzug des von Bischoff berechneten Antheils von Haut und Haar 560 Mm. (Der grösste Horizontalumfang der normalen Frauenschädel Welker's misst 538 Mm.) Hände und Zunge zittern. Beiderseitige Abducenslähmung, vorwaltend rechts. Leichte Facialislähmung rechts. Gang wegen Schwindels unsicher. Kopfschmerz. Stauungsschwellung der Sehnervenpapille. Zeitweilig Erbrechen, Singultus. — Nachdem die Allgemeinerscheinungen unverändert fortdauerten, erwuchs bis zum

20. Jänner die Abducenslähmung auf beiden Seiten bis zur totalen Unbeweglichkeit, und war die rechte Facialislähmung sehr stark geworden (das Auftreten einer linksseitigen schwächeren Facialislähmung ist wahrscheinlich, aber nicht sicher constatirbar); die Kaubewegungen wurden schwach.

22. Jänner. Die rechte Facialislähmung auch auf das Stirngebiet verbreitet, die ganze rechte Antlitzhälfte sammt Conjunctiva hyperästhetisch.

25. Juni. Rechte Antlitzhälfte beginnt anästhetisch zu werden. Im Nacken und am rechten Oberarme treten Schmerzen auf, welche sich bei Heben des Armes und Neigen des Kopfes vermehren. Der Kopf wird nach hinten gewendet und mit Kraft nach links gedreht; entgegengesetzte Bewegung erzeugt Schmerz.

27. Juni. Der bisher über 100 zählende Puls sinkt auf 76.

28. Juni. Rechte Gesichtshälfte und Bulbus vollkommen anästhetisch. Auch passive Bewegungen der rechten unteren Extremität erzeugen Schmerz. Benommenheit tritt ein und am 30. Jänner der Tod.

Befund. Schädeldach dünn, Dura mater gespannt, Windungen abgeplattet, Gehirn blutarm, etwas feuchter, das Mark von ziemlicher Härte in den Hirnhöhlen wenige Tropfen Flüssigkeit. Die Stammgebilde des Gehirnes nicht grösser als gewöhnlich. Gehirngewicht 1508 Grm. Die Hemisphären (ohne Insel) machen 80% des ganzen Gewichtes aus. Das Gewicht des Stammes mit nur 9%, während das Kleinhirn sein gewöhnliches Percent von 10·9 erreicht, lässt den Schluss auf Atrophie desselben offen. *)

7. Im vorigen Falle wurde in rückhaltsvoller Weise darauf aufmerksam gemacht, dass eine besondere Diagnose auch mit auf eine besondere Reihenfolge besonderer Symptome, als ein Verlaufsmoment begründet werden dürfe. Hier waren Abschnitte der queren Durchmesser der Brücke mit ihren Wurzelaustritten in Betracht gekommen.

*) Vide Nr. 4 d. Bl. D. Red.

Eine derartige Reihenfolge, auf Höhenabschnitte des Centralorganes bezogen, gibt die diagnostisch wichtige Einreihung einer Facialislähmung, als spät auftretendes Symptom, in einen, vom Rückenmark aufsteigenden Process an die Hand. Der aufsteigende Gang der Symptome und die acute Verlaufsweise gibt Krankheitsbilder, die, vielgestaltig in den Erscheinungen, von anderen acuten Processen, gleich intensiver Art und rasch zum Tode führender Wirkung zunächst durch das Aufsteigen unterschieden sind. In der Leiche Mangel eines pathologischen Bildes im makroskopischen Gehirn- und Rückenmarkbefunde.

Ein 26jähriger Kellner, früher intelligent, seit 3—5 Jahren Schnapstrinker, verblödend, in seinen Handlungen deteriorirt bis zur Feilbietung seiner Körperbedeckung für Schnaps, im Wahn, um wenige Gulden ein einträgliches Geschäft erwerben zu können, schreibt das Leiden, welches ihn am 4. Juni auf die Klinik führt, einer Verkältung durch nächtliches Aufstehen und einen Gang über kalte Steine zu. Vom selben Tage, dem 24. Mai, datirt er Schmerzen in den Beinen und derartige Gehstörung, dass er nur dann stehen kann, wenn er sich mit den Händen an die Wand hält. Bei der Aufnahme starkes Zittern an Zunge und Extremitäten, lallende Sprache, reissende Schmerzen und Ameisenlaufen an den unteren Extremität en, die zugleich gegen Nadelstiche hyperästhetisch sind. Gehen misslingt. Er versucht, ohne das Gleichgewicht zu halten, die Füsse vorzuschleudern und würde nach hinten umfallen. Kein Schwindel. Die unteren Extremitäten gerathen in der Bettlage während seines schwachen Händedruckes in Mitbewegung. Directe Muskelerregbarkeit durch die faradische Reizung herabgesetzt und die dadurch hervorgerufenen Reflexe verspätet.

17. Juni, Spannendes Gefühl im Kniegelenk.

20. Juni. Ziehende Schmerzen in den Beinen, glaubt irrthümlich Strümpfe anzuhaben und eine Urinflasche zwischen den Schenkeln zu fühlen.

3. Juli. Psychische Abnahme, glaubt im Garten gewesen zu sein, schätzt die Zeit seines Hierseins auf 3—4 Tage. Das Heben der Beine kommt besonders links nicht mehr zu Stande. Händedruck unmerklich, Finger halten leichte Beugung im Mittelhandgelenk ein (Schreibestellung).

10. Juli. Rechts Facialislähmung deutlich, links Pupillenerweiterung, Hemmung der Articulation beim Sprechen. Vollständige Anästhesie der untern Extremität, besonders links.

12. Juli. Viel Flüssigkeit in der Bauchhöhle.

13. Juli. Leichte Zuckungen der Beine, besonders bei Innervation der Arme. Schwachsichtig und schwerhörig.

18. Juli. Links unten Dämpfung am Thorax, Rasseln, grosse Athemnoth.

19. Juli. Tod. Dauer der Paralyse 55 Tage.

Befund an Hirn und R. M. negativ bis auf einige Atrophie des Gehirnes und geringen Hydrocephalus. Sparsame pigmentirte Schwielen der linken Lungenspitze, tuberculose Pleuritis links, Leberscirrhose, Tuberculose des Peritoneums und der Nieren.

8. Facialislähmungen werden innerhalb eines Krankheitsbildes entwickelt, das mit allgemeinen Druckerscheinungen und deren chronischem Anstieg auftritt, zuweilen nur verschwommene, anderemale höchst intensive cerebrale Herderscheinungen entwickelt und am Schlusse des Processes acuten Anstieg gewinnt. Der ganzen Erscheinungsreihe haftet aber eine wachsende Intensität, oft eine Um-

wandlung von örtlichen Reizerscheinungen in Druckerscheinungen, stets aber ein, ohne acute Verlaufsart der Zeitdauer nach, doch ausgezeichnet progressiver Verlauf an. Unter diesen Umständen wird das Symptom auf einen Tumor zu beziehen sein. Epileptische Anfälle mit längeren Intervallen können scheinbare Schwankungen durch vorübergehenden steileren Anstieg der Erscheinungen in das unwandelbar progressive Verlaufsbild bringen. Klassisch ausgeprägte Fälle provociren in dem proportional zur Dauer steigenden Erlöschen von Gehirnleistungen den Vergleich mit dem physikalischen Bilde des beschleunigten Falles.

Eine 36jährige Schuhmachersgattin überstand in früher Jugend Typhus, litt später an Halsentzündungen und Drüsenanschwellungen. Seit April empfindet sie Kopfschmerz, bei geschlossenen Augen vermehrten Schwindel, allgemeine Schwäche, zunehmende psychische Stumpfheit. Seit Mai entwickelte sich Doppeltsehen, Schmerzen im linken Auge; ophthalmoskopischer Befund Prof. v. Jäger's negativ.

3. Juli traten Schlingbeschwerden, häufiges Gähnen auf. Auf die Klinik aufgenommen am 11. Juli zeigt die Kranke Paralyse des linken Abducens, totale aber leichte Parese des rechten Facialis mit Hemiplegie besonders der unteren Extremität, rechts Anästhesie im Gebiete des ersten Quintusastes. Puls 76. Temp. 37. (Brückentumor.)

13. Juli. Stark benommen, unbeachteter Koth- und Harnabgang, Kinnbackenkrampf, Anästhesie des ganzen rechten Quintus, intensive rechtsseitige Hemiplegie mit Facialislähmung. Krämpfe des linken Armes mit Beugestellung. Puls 76. Temp. 40·2.

14. Juli. Cyanose. Temp. 40, Puls aussetzend, unregelmässig, ebenso die Respiration. Tod.

Befund. Grosser Worm'scher Knochen an Stelle der hinteren Fontanelle, Hirnoberfläche abgeplattet, Gehirn blutarm, feucht. Ventrikel erweitert, linke Ponshälfte mit der Dura mater verwachsen, darunter der Clivus usurirt, ein nussgrosser Tumor vorzugsweise in der linken Ponshälfte eingeschlossen (makroskopisch beurtheilt, ein Gumma), erbsengrosser Abscess des Hirnanhangs mit Usur des Türkensattels. Bronchialkatarrh mit Lungenödem. Herzfleischverfettung.

9. Im Gegensatz zu den Tumoren, welche ihr Verlauf klar bezeichnet, kann eine Facialislähmung auch unter einer Tumorenbildung auftreten, deren Verlauf 1. durch Sitz in einem Grosshirnlappen, 2. durch starke, die Tumoren einschliessende Encephalitis, 3. durch epileptiforme Anfälle die Diagnose des Tumors wesentlich complicirt. Der im Allgemeinen gerade vorwärtschreitende Krankheitsgang wird durch regressive Momente und Schwankungen in den besonderen Symptomen der Lähmung, sowie auch innerhalb des Verlaufes der Allgemeinerscheinungen verwirrt. Ich möchte sagen, dass im Gegensatz zu dem unmittelbar oben gebrauchten Vergleiche, hier der Verlauf durch ein unregelmässiges Abwärtsrollen über ungleiche Stufen sich versinnlichen lässt. Die Lebensjahre, in welchen, und die Ursachen, durch welche eine selbstständige Epilepsie sich entwickelt, sind hier ein wichtiger differential-diagnostischer Anhaltspunkt für die Ausschliessung. Nachfolgende Krankheitsskizze ist

(wahrscheinlich in Bezug auf einen fast zehnjährigen Verlauf) lükkenhaft.

Ein 39jähriger Mann war schon 1865 an heftigem Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Delirien erkrankt und durch 3 Wochen auf dem rechten Auge blind. Im December 1874 wegen so heftiger Kopfschmerzen, dass er aufschreit, Ohrensausen, Schlaflosigkeit zu Bette; nach 5—6 Wochen (Februar) stürzt er im Stehen nieder, ohne das Bewusstsein zu verlieren, von linksseitiger Hemiplegie erfasst. Schwere Facialislähmung, Flüssigkeit floss aus dem Mundwinkel aus, die Wange blies sich vor, Parese mehr noch des Armes als des Beines. Eine Gemüthsbewegung soll den Anlass gegeben haben. Zwei Monate zu Bette arbeitete er im April wieder als Maurer trotz grosser Schwäche links. Wenige Tage darnach traten bei vollem Bewusstsein Krämpfe ein, trotz welcher er nach einer halben Stunde wieder arbeiten konnte. Erst im November erscheint ein zweiter Anfall mit Bewusstlosigkeit, nach welchem die Paralysen intensiver sind. Bis zur Aufnahme auf die Klinik noch fünf bis sechs Anfälle.

18. December. Die Hemiplegie deutlich, Sprache verständlich, einfache Fragen beantwortet Pat. klar; doch ist Stumpfsinn vorhanden; ein starker Anfall, Beugung des linken Daumens und nach Aussenziehen der linken Gesichtshälfte soll noch bei Bewusstsein stattfinden; die Krämpfe überhaupt vorwiegend links.

29. December. Zuckungen im linken Arme, welche durch mehrere Tage zunehmen, am 16. Jänner wieder zur Ruhe gekommen sind.

20. Jänner Anfall.

24. Jänner Anfall.

2. Februar stärkere Anfälle. Paralyse des linken Armes bedeutend.

5. Februar heftige Kopfschmerzen. Nachts Anfall. Widrige Empfindungen im rechten Arm.

5. Februar heftige Kopfschmerzen. Angst, Benommenheit.

7.—10. Febr. Besserung, subjectiv wohl, Stumpfsinn hervortretend.

13. Februar. Bewusstsein getrübt. 14., 15. Febr. Entwicklung von Lungenödem. Tod.

Befund. Die Mitte der Oberfläche der rechten Hemisphäre mit der Dura mater verwachsen, dortselbst die Hüllen getrübt; der hintere Stirnabschnitt, die ganze Scheitelregion der rechten Hemisphäre ist von gelber Erweichung eingenommen, welche mehrere bis nussgrosse, neugebildete, röthlichweisse, derbe Knoten einschliesst. Ventrikel von mehr als gewöhnlicher Weite. – Lungenkatarrh mit hypostatischer Hyperämie und Oedem. Geringer atheromatöser Process der Aorta.

10. Eine Facialislähmung tritt innerhalb eines chronisch-progressiven Verlaufes von Lähmungen auf, welche durch ihre Intensität und ihren Umfang auf einen Krankheitsherd hinweisen, wo die Wurzelfäden der Hirnnerven noch in voller Zahl ergriffen werden, d. h. ferne, unterhalb von den Ganglien und der Grosshirnrinde, in welchen sie, wie im Rande eines Fächers, breit auseinandergelegt sind. Andererseits zeigen die Lähmungen der Gehirnnerven eine Anordnung, wie sie dem Nebeneinander ihrer Ursprungsparcellen auf dem grauen Boden parallel geht. Bulbärparalyse.

Ein Handlungscommis hat angeblich mit 18 Jahren (1851) Syphilis mit Gaumengeschwüren und Ozaena durchgemacht. 1866 (mit 31 Jahren) begann er an Schlingbeschwerden zu leiden, sich verschluckend und das

Geschluckte öfter zur Nase herausschleudernd; 1868 sollen nach zwei apoplektischen Insulten andere Lähmungen hinzugetreten sein. In Folge von undeutlichem Sprechen wird er 1870 aus einem Geschäfte entlassen, verfiel in tiefe Traurigkeit, machte wüthende Selbstmordversuche mit Beilen, Wandanrennen, abstinirte aus Vergiftungswahn und Furcht, in eine Irrenanstalt zu kommen. 21. Jänner 1871 wird er auf meiner Klinik aufgenommen. Er weiss hier seine Verstimmung zu verbergen, macht aber noch im April einen Versuch, sich mit Glasscherben in die Adern zu schneiden. Die Stirnmuskeln wirken gut, das linke Auge ist nicht ganz offen, beide Bulbi sehr unbeweglich, am besten innervirt wird der rechte Abducens und der rechte Rectus inferior.

Von der Facialismusculatur wirken die Levatoren der Nase und der Oberlippe nicht, besser der Compressor nasi, und, wenn auch unvollkommen der Orbicularis oris, es herrscht eine Asymmetrie an der Mundspalte und zwischen den Nasolabialfalten, indem links die Radiärmuskeln, rechts die Depressoren im Vergleiche etwas weniger innerviren. Die ganzen Züge maskenhaft starr bis zu den Brauen, die Facialismusculatur deutlich abgemagert, weit minder aber die Zunge, wenngleich sie gleich den Muskeln des 7. Paares nur mit deutlicher Anstrengung eine langsame Articulation zu Stande bringt. Die näselnde Stimme lässt zugleich einen Gaumenton vernehmen, ist ferner klanglos und zitternd. Die Zunge weicht nach links ab, nach derselben Seite das Zäpfchen, der Gaumen wird links höher gehoben und prompter bewegt, er lässt Narben erkennen. Der Kranke empfindet fortwährend am Gaumen ein höchst peinliches ziehendes Gefühl, und am Zahnfleische Schmerz, als würde es von den Zähnen geschabt. In der linken Gesichtshälfte werden Berührungen und Stiche schlechter localisirt und erfolgen Reflexe träger. Schrift und Gang intact.

Im November 1871 wird der Kranke entlassen.

Im September 1872 erscheint er wieder, diesmal ein Maniakus. Er bezeugt Freude über seine Einbringung, behauptet eine Zahl von Tollheiten nur behufs Wiederaufnahme begangen zu haben; er ist amenomanisch. Eine besondere Redeflucht wird vereitelt durch seine zunehmend behinderte Sprache. Desto unerschöpflicher ist er im Schreiben. Draussen hat er Waarenbestellungen für ein Spirituosengeschäft gemacht, glaubte unfehlbar reich zu werden, dazwischen schrieb er auch eine Unzahl von Bettelbriefen, traktirte, trank unmässig, begann seinen speculativen Geist sehr hoch zu schätzen. Der Kranke ist sehr schwerhörig geworden; der Hals ist sehr dünn, obwohl er den Kopf frei nach jeder Richtung bewegt. Der rechte Pectoralis und Cucullaris sind ersichtlich atrophisch gegen links. Am Dynamometer entwickeln beide Arme sehr schwachen Zug und bringen den Zeiger rechts auf 17—18, links etwas weiter auf 20—21.

Im Jänner 1873 glaubt der Sprachunfähige noch eine einträgliche Stelle als Dolmetsch (!) auf der Weltausstellung erhalten zu haben, ist überhaupt schwachsinnig geworden. Von den Lähmungen hat sich die der Schlingmuskeln so gebessert, dass schon über Jahresfrist keine Klage über Verschlucken mehr vorkommt, alle übrigen sind nicht merklich vorgeschritten.

Im Mai 1873 Caries des Oberkiefers rechts über dem 1. Mahlzahn. Kleine Knochenstücke werden entfernt. Das spannende Gefühl am Gaumen lässt nicht nach.

Ende Juni ist die cariöse Stelle wieder bedeckt.

Im December bildet sich Caries der rechten Unterkieferhälfte aus, ein Sequester von Zolllänge und der halben Dicke des Kiefers wird entfernt, der Umfang der Nekrose reicht aber weiter.

Ende Jänner 1874 trennt sich das nekrotische Stück mit dem aufsteigenden Aste vom übrigen Unterkiefer ab, beide Theile sind gegen einander beweglich, Zähne fallen aus.

10. Februar Erysipel der Wange und des Kopfes. Mit der Erschöpfung des Kranken ist erneute Lähmung der Schlingmuskeln aufgetreten, unabhängig von dem äusseren Processe. 15. Februar 1874 Tod.

Befund. Sklerosirungen der inneren und äusseren Schädelfläche, atrophisches, blutarmes, ödematöses Hirn mit starkem Hydrocephalus. Atrophie und graue Entartung der Wurzeln des 3. und des 6. Paares, und des linken Quintus. Applattung der Sehnerven und graue Verfärbung des rechten. Eine Narbe neben dem Frenulum der Eichel links. Uebriger Befund ohne Interesse. Hirngewicht 1279 Grm. Hirnmantel r. 506, l. 507, Stamm 128, Kleinhirn 138. (Geringeres Stammgewicht rührt möglicher Weise von Atrophie her, da Stammhirn und Kleinhirn sonst nahezu gleich schwer sind.)

11. Eine Facialislähmung von wachsender, anfangs geringer Intensität, zweiseitig, auf der minder gelähmten Seite mindest durch aussergewöhnliche Schlaffheit innerhalb der Ruhe kenntlich, ist Symptom eines Krankheitsprocesses, der vor Jahren, ja schon vor einem Jahrzehent allzumeist an den unteren Extremitäten unter neuralgischen, dann atactischen oder unter zunehmend paraplegischen Erscheinungen hervorgetreten ist, sich meist auch der oberen Extremitäten bemächtigte, an den unteren aber zur Zeit, wo erst der Facialis ergriffen wird, gewöhnlich schon zu einem sehr hohen Grade entwickelt ist. In auffallend vielen Fällen tritt in früher Zeit schon Amblyopie auf. Mit dem Eintritte von Lähmungen motorischer Gehirnnerven gewinnt der Process häufig einen ziemlich acuten Anstieg und schliesst mit Erregung und Lähmung der Grosshirnlappen ab. Diess ist ein Process chronischer aufsteigender Paralyse, durch Tabes des Rückenmarkes oder circumscripte Sklerose desselben eingeleitet, ja, wie es scheint, auch durch eine allgemeine Sklerose desselben, welche dasselbe vielleicht durch Anämie, jedenfalls bei Anämie säulenartig unbiegsam, ohne jedes Vorquellen auf dem Durchschnitte erscheinen lässt.

Ein 36jähriger Hauptmann, in früheren Jahren syphilitisch, seit 1869 in Civilanstellung und ebensolange nach ärztlichem Ausspruche an einem diagnosticirbaren Rückenmarksleiden von unbekannter Entwicklungsdauer erkrankt, konnte schon Jahre vorher schwer gehen. Seit Mitte April 1872 besucht er unentschuldigt sein Amt nicht, zeigte sich verloren und aufgeregt, begreift nicht, dass ihm des Ausbleibens wegen der Monatsgehalt nicht ausbezahlt wird, wird tobsüchtig, misshandelt eine ganz fernstehende distinguirte Frau, wird auf die Klinik gebracht am 2. Mai 1872. Bei dem Examen klagt er über Sorgen wegen geringen Gehaltes und einer Familie; Gott wolle ihn aber nur prüfen und werde ihn für seine Leiden entschädigen. Bei demselben Gespräche spricht er von seinem Drange, gleich Peabodie, dem edelsten Menschen, Reichthümer zu verschenken. Die linke Pupille ist weiter, der linke Facialis schlaffer innervirt, die Sprache stockend und lallend, der Gang ohne Innervationsmaass, gespreizt, unsicher bis zum Umfallen.

Die Paresen steigern sich im weiteren Verlaufe bis zu hohem Grade in den Antlitzmuskeln, die Sprache wird ganz unverständlich, doch lässt er etwas von Millionen und Generalsrang vernehmen. Nachdem er noch unrein geworden, stirbt er schon am 28. Mai an Darmkatarrh.

Befund. Atrophie des Gehirns mit Trübung der Häute und Oedem, chronischer Hydrocephalus, Verklebung der Häute am Eingang der Sylvischen Spalte. Graue Degeneration und Atrophie der Hinterstränge des Rückenmarkes in deren ganzer Länge, am breitesten im Halsabschnitte, chronischer Magenkatarrh, acuter Darmkatarrh. Steatose der Leber, Narben nach Typhus im Ileum. Hirngewicht 1363 Grm. Halbkugeln r. 522; l. 527, Kleinhirn 165, Stamm 149, R. M. 25.

76·96	:	12·10	:	10·93	%	
Stirnlappen		Scheitellappen		Hinterhauptschläfelappen		
r. 228 l. 222		129,123		165,182		
42·84	:	24·02	:	33·03	%	

12. Endlich gehört die Facialislähmung auch einem primären chronischen Gehirnprocesse an, in welchem umgekehrt, wie im eben exemplificirten Verlaufstypus, erst später eine Art Paraplegie hinzutritt, die zur Zeit des Auftretens der Facialisstörung meist noch gering, selbst unmerkbar ist. Dieser Process ist mindestens um die Hälfte der Verlaufszeit minder chronisch als die aufsteigende Paralyse, die Intensitäten desselben sind schwankend und in den früheren Zeiträumen des Ablaufs mehr in anderen Leistungsgebieten des Gehirnes intensiv, als im motorischen. In dieser Intensität bietet sich ein inconstanter Wechsel von Abstufungen, Stillständen, Apoplexien. Im Ganzen ist die Intensität der Krankheit progressiv, äussert sich aber später nur mehr durch functionell negative Störungen. Die Reihenfolge des Auftretens lähmungsartiger Erscheinungen stellt sich so dar, als wenn ein ausgedehntes motorisches Gebiet progressiv erkrankte, in welchem die motorischen Fasern weit genug auseinander liegen, um nicht so dicht von einer Erkrankung occupirt zu werden, als (in absteigendem Grade) im Linsenkerne, im Hirnschenkel, im grauen Boden oder in der Wurzel selbst. Die mikroskopischen Veränderungen mögen nicht minder intensiv sein, als bei chronischer Bulbusparalyse im grauen Boden, aber sie treffen nicht die ganze Wurzelleitung so eng beisammen, so vollständig, wie dort. Die Bewegungen leiden daher in der Reihenfolge, als sie fein, schwierig, complicirt in der Innervation sind. Das einfache Spiel des Musculus frontalis, die für den leichten Bulbus mächtigen Augenmuskeln bleiben sufficient, ebenso die Kau- und Schlingmuskeln, das Spiel der zarten Irismuskeln leidet aber und das feine physiognomische Spiel der unteren Facialismuskulatur, seine präcise Innervation bei der Sprache leidet, überhaupt die sprachbildenden, feinen und präcisen Bewegungen der Zunge, der Kehlkopfmuskeln, die ganze Sprache wird zuerst paretisch. Unter den groben Bewegungen drückt sich die Schwierigkeit des gefügigen Balancements meist früher im Gang aus, als in den Bewegungen der getragenen und gestützten Brustglieder.

Unter locker gebundenen Reihenfolgen der Verlaufsmomente, unter besonderen Reihenfolgen in dem Auftreten der Bewegungsstörungen reiht sich hier die Facialislähmung in den Process der, wenn man will, absteigenden oder allgemeinen Paralyse der Irren ein, wovon meinem Leserkreise Beispiele anzuführen mir überflüssig erscheint.

Je mehr dieses lange Verweilen bei der Ausführung des Satzes, dass der leitende Faden im Labyrinthe der centralen Diagnostik im Verfolgen des Krankheitsverlaufes zu suchen sei, das Hervortreten der Facialislähmung bei den betrachteten Krankeitsprocessen eigentlich als unwesentlich erscheinen liess, desto mehr trat zugleich hervor die Ungenügendheit der Symptomenkenntniss überhaupt für den diagnostischen Zweck. Es ist nicht zu viel gesagt, dass die Diagnose eher die Symptome durch algebraische Zeichen ersetzen könnte und mit solchen rechnen, wenn die Kenntniss der anatomischen Bilder mit den Verlaufsstufen und Verlaufslängen gegeben wäre, als dass eine bloss symptomatische, eine functionelle Methode je zu einer ernsten Diagnostik in der Neuropathologie führen könne. Darum erschien in meinen Beispielen auch die Facialislähmung und das Nebeneinander der übrigen Symptome nur für die örtliche Bestimmung irgend welchen Processes von Belang. Auf dessen Wesen wurde Licht geworfen erst durch das Nacheinander von Erscheinungen in acuter regressiver, acuter progressiver, subacut progressiver, chronisch progressiver, aufsteigender, absteigender Verlaufsweise. Ich möchte dem, von Seitz citirten resignirten Satze nicht beistimmen, dass die Sicherheit, die ein Arzt in Diagnosen erwirbt, nur auf der Einübung für besseres Auswählen der Wahrscheinlichkeit für die eine oder die andere Krankheit beruhe, sondern ich denke an einen Fortschritt in der rationellen diagnostischen Methode zu mehr, als halb bewusster Sicherheit.

Ich komme zum letzten Theil meiner Aufgabe. Ich will im Allgemeinen darthun, welche Gestaltung die heutige Psychiatrie durch ihr Aufgehen in der ganzen Lehre von den Erkrankungen des Vorderhirnes annehmen wird. Hier finden wir theils die diagnosticirbaren auffallenden Formen anatomischer Veränderung vor. Wo solche aber noch fehlen oder unsicher sind, nähern wir uns ihrer Erkenntniss durch die Anschauung des äusseren Verlaufsprocesses, der eine Spiegelung des inneren Processes sein muss; wir schreiten noch nicht im Geleise des wirksamen Processes selbst, aber in dem parallel gehenden Geleise seiner Wirkungen. Zweifellos werden wir dabei auf viele verwerthbare, wenngleich unscheinbare, schon bekannte anatomische Thatsachen stossen, öfter auch vorläufig gleichsam algebraisch mit Thatsachen rechnen müssen, welche noch nicht scharf ersichtlich, doch als Grundlage eines scharf erkannten Processes vorhanden sein müssen.

Manche unscheinbare Veränderung wird ganz verschieden wirksam sein, bei Affection eines kleinen Centrums oder eines ausgedehnten

Centrums, bei raschem oder allmäligem Anstieg, bei der Bildung grosser oder geringer Intensität der Symptome, kurzer oder langer Dauer, Regression oder Progression. Wir werden unter solchen Gesichtspunkten durch manche Befunde, die nie anders ausfallen werden, als wir sie jetzt finden, an die Worte Goethe's erinnert werden:

„Es liegt schon da, du brauchst 's nur zu erlangen;
Das ist die Kunst, wer weiss es anzufangen?"

Es ist ein ganz correcter Gedankengang, wenn Leyden bei den acuten Lähmungen, deren Anstieg und Intensität der Myelitis parallel geht, von einer Myelitis ohne Erweichung spricht, sei dies dem gegenwärtigen objectiven Verständniss der Befunde nach auch nicht mehr, als die algebraische Markirung eines sich im Verlaufsbilde spiegelnden Processes.

In ähnlicher Weise betrachte ich z. B. für die Diagnose von Encephalitis oder Erweichung im Vorderhirn das Auftreten von Aphasie, von Amnesie und äusserster Herabsetzung der Leistungen des Vorderhirnes unter bestimmten Verlaufsverhältnissen als sichere Kennzeichen.

Ich kenne aber Fälle von plötzlicher aphasischer Verwirrtheit, von rapid eingetretener, über den ganzen Status quo der Verhältnisse des Kranken um die Zeit der Erkrankung sich erstreckender Amnesie und einem gleichzeitig entstandenen Grad Blödsinn, welche so ganz die Verlaufsweise der Encephalitis des Vorderhirnes wiederholen, ohne den Befund derselben in der Leiche zu geben, dass ich im Sinne Leyden's auch hier eine acute, so zu sagen trockene Encephalitis als Process markiren möchte.

Ueberblicken wir alle möglichen Erkrankungen des Vorderhirnes, so treten die von der Psychiatrie als Hauptsache betrachteten Erscheinungen von Verstimmungen, Hallucinationen, Verwirrtheit, Imbecillität innerhalb jeder Erkrankung des Vorderhirnes auf. Darum diagnosticiren wir aber doch nicht eine Encephalitis als Tobsucht, oder einen Tumor als Blödsinn oder eine Meningitis als Hallucinationen. So wie die fulminanten Vorderhirnsymptome des Fiebers nur einen Gegenstand der allgemeinen Pathologie bilden, so lange eine anatomische Organerkrankung damit zusammenhängt und das Fieber der Gegenstand der speciellen Pathologie erst wird, wenn ihm eine selbstständige Verlaufsweise zukommt, so gehört die ganze symptomatische Psychiatrie zur allgemeinen Pathologie. Die Klinik der Vorderhirnerkrankungen dürfte berechtigter Weise von einem Eingehen auf diese Störungen der functionellen Energien absehen, wenn die Lehrkanzeln für allgemeine Pathologie hierin das Nöthige leisteten. Sowie das Fieber, kann aber möglicher Weise durch eine selbstständige Verlaufsart mit Anfang, Anstieg und Abschluss auch ein anderes Symptom gestörter functioneller Energie des Gehirnes, z. B. Melancholie, Manie, Tobsucht sich mit einem, wesentlich nur dieses

Symptom hervorrufenden Processe decken und vielleicht in der speciellen Pathologie eine dauernde Stelle finden.

Aber selbst hier handelt es sich nicht um ein Belassen schon in sich fertiger Gebiete in der Psychiatrie, denn auch, was heute als ihr eigentlicher Gehalt erscheint, die Symptomatik ist so descriptiv stumpf behandelt, wie nirgends anders. Dies rührt zum Theile davon her, dass, worüber Griesinger selbst mit ruhigem Sarkasmus Anklage erhob, die nach ihm erschienenen deutschen Compendien nur Plagiate an ihm sind, von deren Autoren selbstverständlich kein Fortschritt herrührt.

Bezüglich der Melancholie z. B. wird die rein psychologische, secundäre Verstimmung über den Inhalt von Hallucinationen bei Verrückten mit der selteneren selbstständigen melancholischen Verstimmung zusammengeworfen, nicht minder bei der Tobsucht u. s. w. Vielfach herrscht das Wort ohne Begriff in der Auffassung der, heute noch eine grosse Zahl von Psychiatern leitenden Terminologie und der, durch eine Terminologie immer ermöglichten formellen Krankheitseintheilungen.

Durch die hier entwickelten Anschauungen, welche die diagnostische Ueberschätzung der functionellen Störungen beleuchten, werde ich wohl nicht dahin missverstanden werden, dass ich für den Arzt etwas Bruchstückweises für zulänglich halte, als das Ganze der ihm überhaupt erreichbaren Beobachtungen. Eine scharfe Definirung der sogenannten psychischen Symptome ist auch ein noch unerfülltes dringendes Bedürfniss. Auch vermeine ich andererseits auf die Zulänglichkeit der anatomischen Befunde, von welchen zumeist nur die nach frischen Fällen gewonnenen Befunde Einblicke in den Process gewähren können, nicht ausschliesslich die Erkenntniss der Processe zu bauen.

Wie Rokitansky bei seiner Verschmelzung der anatomischen Anschauungen mit einer Humoralpathologie die Wichtigkeit der Chemie für die Erkenntniss des pathologischen Lebens im Auge hatte, wobei allerdings die Reife dieser Disciplin seinen Erwartungen nicht entsprach, so hat die humoralpathologische, chemische Auffassung (wobei die Chemie, allerdings bisher auch mehr Algebra für eine Ueberzeugung im Allgemeinen, als entscheidend durch besondere Thatsachen blieb) doch in der Metastasenlehre von den infectiösen Thromben neuerdings Geltung bekommen, und Billroth ist als Humoralpathologe in der Auffassung des Tetanus hervorgetreten. Ich bin auch vollkommen geneigt, die von mir bei Tetanus gefundenen Schwellungen der sternförmigen Zellen im Rückenmarke weit mehr als Folgen der functionellen Betheiligung des Rückenmarkes in der Rolle einer Leitungsbahn anzusehen, ganz wie es mit demselben Befunde bei Chorea zu halten ist.

Ich habe nun schon seit Jahren die Ansicht gelehrt: die Melancholie und die Stimmungen und Verstimmungen überhaupt seien

ein chemischer Anschauungskreis des Vorderhirnes, dessen Objecte in dem Wandel seiner Ernährungsbedingungen gegeben sind, zu deren Wahrnehmung es eine specifische Energie befähige. Dadurch reihe ich die Verstimmungen unter die toxischen Erscheinungen ein, deren Anschaulichkeit durch örtliche anatomische Verhältnisse im Gehirn darum nicht ausgeschlossen ist. Dass chemische Veränderungen ihren Ausdruck zugleich in anatomischen Veränderungen finden können, das habe ich schon 1867 in der psychiatrischen Vierteljahresschrift dargethan, indem die sklerotischen (colloiden) Quellungen der Elemente aus der behinderten Ausfuhr von Protagonstoffen herzuleiten, als eine Protagonimbibition verständlich sind. Bezüglich der melancholischen Stimmung möchte ich andererseits aber noch darauf hinweisen, dass mehr als die Hälfte dieser Kranken vor der Verstimmung tuberculös war, weshalb hier im Allgemeinen auch an die Wirkung infectiöser Herde auf das Blut gedacht werden darf. Andere Melancholische sind, ohne tuberculös oder topisch krank zu sein, einem progressiven Marasmus verfallen, der wohl in dem Bilde einer perniciösen Anämie seine Stelle finden kann. Gerade unter solchen Ernährungsbedingungen erreicht die objectlose Verzweiflung in der Stimmung ihren Gipfel. Dass übrigens derselben Erscheinung sehr mannigfach begründete Processe zu Grunde liegen, lässt sich kaum bezweifeln.

Betrachten wir nun den Bezug der makroskopischen Erkrankungsformen des Vorderhirnes zu dessen functionellen Störungen, kehren wir zur speciellen Pathologie dieses Nervencentrums zurück, so finden sich am häufigsten, ausser den keineswegs belanglosen Herderkrankungen und ausser den schweren Fällen ausgebreiteter chronischer Entzündungen und Stasen bei Paralytikern, ausser Gehirnkleinheit und Makrocephalie, in der Leiche vorwiegend nicht schwere Processe vor, sondern neben negativen Befunden, Anämie, Hyperämie, Oedeme (welche das Mikroskop übrigens nicht durchwegs als blossen Hydrops ausweist), mässige Vermehrung des Kammerwassers, chronische Meningitiden, Atrophien. Nicht in allen Fällen ist es gewiss, dass diese Erscheinungen schon während des Krankheitsprocesses bestanden, die Atrophie z. B. hat zumeist mit dessen activen Erscheinungen nichts zu thun.

Davon abgesehen wirkt eine Hyperämie dann erregend, wenn sie arteriell ist und nicht mit einem bedeutenden Gehirndruck verbunden ist; eine sich durch Hyperämie erst entwickelnde Vermehrung des Kammerwassers wird unter anderen Erscheinungen zu Stande kommen, als die Erscheinungen sind, welche durch eine vor den Hyperämieen schon bestehende Höhlenwassersucht gesetzt werden. Dieselbe arterielle Hyperämie wird ihre Wirkungen durch ein voraussetzliches differentes Maass der chemischen (im Sinne Virchow's mechanischen) Attraction der Nervenelemente auf das Blut verändern.

Gehirnanämie kann maniakalische Erregung (freudige Verstimmung) bedingen. Hier kommt wahrscheinlich der wichtige, sich auch

in chronischer Weise äussernde Gegensatz in der Wirkung der Erregung des Vorderhirnes und anderer Gehirntheile, nämlich der Gefässinnervationscentren in Frage.

Erregung gewisser, heute nicht streng localisirbarer Gefässcentren, worüber die Fundamentalkenntniss Ludwig und seinen Schülern zu danken ist, setzt erhöhten arteriellen Gefässdruck und verminderte Leistungen der Grosshirnlappen, dagegen setzt Lähmung von Gefässcentren verminderten arteriellen Gefässdruck und dadurch krankhaft erhöhte Leistungen des Grosshirnlappens (soweit nicht zu starker Gehirndruck hervorgebracht wird). Indem die Anämie den Ernährungszustand und damit die Leistungsfähigkeit von Gefässcentren verschlechtert, wird das Vorderhirn durch erhöhte arterielle Blutfülle in eine (bei anämischer Ursache von vielen Erschöpfungen unterbrochene) Erregung versetzt.

Wenn Manie von Hyperämie und auch von Anämie des Gehirnes hervorgebracht wird, so ist sie jedenfalls ein, mehrfachen Processen entsprechendes Symptom, und nur Momente des Entstehens und der Verlaufsweise kennzeichnen den Process, von dem sie ein Symptom ist.

Indem die Gehirnernährung einem Oxydationsprocesse parallel geht, so entspricht die heitere Verstimmung, wie es scheint, einem Zustande von Apnoë des Gehirnes.

Die stehende Anschauung über die Verlaufsweise der in der Psychiatrie berücksichtigten Vorderhirnleiden, dass nämlich der Beginn melancholische Erscheinungen zeige, ist entschieden unrichtig; die überwiegendste Zahl von solchen Erkrankungen, deren wirklicher Beginn erkennbar ist, beginnt mit einer, wahrscheinlich Hyperämieen entsprechenden Erregung. Darnach sind auch alle Altersstufen des Lebens, an welche sich leicht Fluxionen knüpfen, besondere Ausgangspunkte der Psychosen: so das kindliche Alter, die männliche Pubertätszeit, der Eintritt der Periode, die Studienzeit, beim Manne die Zeit der functionellen Hyperämien, das Klimakterium und das Senium mit seinen Gefässerkrankungen, ausserdem die fieberhaften Krankheiten.

Wenn ich von den immer einseitigen und inconsequenten Versuchen ätiologischer Eintheilung in der Psychiatrie absehe, so kann eben nur die natürliche Eintheilung nach pathologisch-anatomischen Vorgängen in Frage kommen mit der Ergänzung durch die chemischen Processe bei den Intoxicationen.

Allein die noch unsicheren Diagnosen auf die geringfügigen, zum Theil heilbaren anatomischen Befunde nach Psychosen, die sich offenbar selbst in demselben Processe ablösen, wie Anämie, Hyperämie und Oedem, die oben aufgezählt wurden, decken heute die klinischen Processe noch keineswegs genügend und es bleibt die Verlaufsweise, der erschöpfendste Anhaltspunkt für die Diagnostik. Von den Symptomen muss ganz abgesehen werden, welche lediglich aus dem veränderten (psychologischen) Spiel des Gehirnmechanismus hervorgehen, z. B. Verfolgungswahn. Sie hängen wie die Facialislähmung von der be-

troffenen Oertlichkeit, dem Vorderhirn nicht mit der Art des Processes zusammen.

Uebrigens suchen schon die herrschenden symptomatischen Eintheilungen einen Verlaufsgesichtspunkt und zwar in der Unterscheidung primärer und secundärer Krankheitsformen. Diese Unterscheidung ist aber nicht gut angewendet, weil meist auf der theoretischen Hinzudichtung früherer melancholischer und maniakalischer Erkrankungen zu nicht minder primären Formen beruhend. Andererseits sollte man das Wort „secundär" auf vielerlei andere Beziehungen ausdehnen, auf die nach Morel transmutirten Formen aus Hysterie, dann auf den Irrsinn, welcher sich auf apoplektische und andere Herderkrankungen bezieht, deren Sitz nicht im Vorderhirn liegt, endlich auf alle ausser dem Vorderhirn angeregten Reflexneurosen desselben (Köppe). Wenn die Worte acut und chronisch für einen Verlaufsmodus angewendet werden, so muss man sie streng nur für die Zeitdauer anwenden, nicht für die Intensität, welche getrennt zu bezeichnen ist. Eine intensive Manie von der Dauer eines Jahres kann nicht zugleich acut genannt werden.

Fern von der profanen Absicht, mich am Schluss dieser methodologischen Erörterungen etwa einer psychiatrischen Eintheilung zu entledigen, erlaube ich mir nur, wenige Beispiele für den Nutzen einer, den Verlauf festhaltenden klinischen Anschauung beizubringen.

Ich will nämlich nur das eine noch zeigen, dass unter den in der Psychiatrie aufgeführten Krankheitsformen diejenigen bisher vorwiegend die Sicherheit bieten, Processen parallel zu gehen, welche zusammengesetzt sind und daher einen gegliederten Krankheitsgang verfolgen lassen. Solche zusammengesetzte Krankheitsprocesse sind einmal: der Stupor oder die attonische Melancholie, wobei übrigens von trauriger Verstimmung gar nicht die Rede ist (Kahlbaum's Katatonie). Vielmehr handelt es sich um eine Reihenfolge von fluxionären Erregungen, welche aber durch Momente von Gehirndruck, durch mikroskopische Exsudationen, etwa unterstützt durch Höhlenwassersucht, frühzeitige Nahtverknöcherungen sofort abgeschwächt werden, so dass nach Kahlbaum's guter Bezeichnung die Erregung nicht, wie echt und lebendig, sondern wie gemacht, theatralisch erscheint. Häufige Reizerscheinungen sind dabei auch Convulsionen, in weiterer Steigerung des Druckes, eventuell der Erschöpfung tritt Stupor ein. Die bekannte wachsartige Biegsamkeit begleitet meist den Stupor, der entweder in häufigem Wechsel mit der Erregung wiederkehrt oder auf lange Zeit hin stationär wird. Während desselben ist der Kranke überhaupt arm an inneren Vorgängen. Häufig aber haben die mit den Fluxionen einhergehenden Erregungen schon frühe Wahnideen in dem Kranken angeregt, so dass er nach dem Weichen des Stupor einer, meist Grössenwahn producirenden Verrücktheit anheimfällt, während welcher eine charakteristische Passivität noch den Rest des Stupors zu erkennen gibt.

Ebenso sei der, viel zu sehr verallgemeinerten Reihenfolge von echter Melancholie und Manie gedacht. Nachdem die Melancholie von tiefem Herabkommen der Ernährung begleitet wurde, folgt ein Stadium von Klarheit und anscheinender Genesung, hierauf die Tollheit. Bei der Erkrankung keines Organes sehen wir die Herabsetzung der Function in eine Ueberfunction übergehen, niemals nach einer Muskelermüdung, z. B. ein Plus von Leistung. Nur aus dem krankhaften Gange des durch Gefässinnervationscentren regulirten Gehirnlebens verstehen wir diese Aufeinanderfolge. Wenn mit der Herabgekommenheit der Gehirnernährung auch das Gefässcentrum an functioneller Energie leidet, dann heilt ein Umschwung der Ernährung durch vermehrte Arteriosität die Melancholie. Fällt aber die Wiedererholung des Gefässinnervationscentrums nicht mit der Wiederkehr gesunder Gehirnerregung zusammen, dann wird der dauernd herabgesetzte Gefässdruck, die Arterienweite, das Vorderhirn zur Manie reizen, welche so lange dauert, bis das erholte Gefässcentrum wieder den normalen arteriellen Druck herbeiführt.

Noch weiter zusammengesetzt ist die sogenannte circuläre Form eines Wechsels zwischen Melancholie und Manie. Als wäre eine Ernährungsstörung des Gefässinnervationscentrums hier das einleitende Moment, beginnt mit einer Manie die Reihenfolge dieses oft lebenslange dauernden Wechsels von Manie, Ruhe, Melancholie, Ruhe, Manie ... Auch diesen Verlauf einer zusammengesetzten Krankheit des Vorderhirnes muss man auf den Antagonismus zwischen Erregung des Gefässcentrums und des Gehirnes beziehen, etwa in der Weise. Zuerst lähmt eine Erkrankung des Gefässinnervationscentrums dasselbe und hieraus entsteht die maniakalische Gehirnerregung. Hier hat das Maass der Arterienerweiterung die Bedingungen normaler Erregung des Vorderhirns überschritten. Durch Fortdauer der Arterienerweiterung gewinnt auch das Gefässinnervationscentrum wieder seine Erregbarkeit, wird aber, sowie vorher die Hemisphären, übererregt, es hält die Arterien nicht in der wiedergewonnenen normalen Verengerung, sondern es erfolgt ein erhöhter Gefässdruck und eine active Gehirnanämie führt nun nach einem Stadium normaler Erregung ein melancholisches Stadium herbei. Durch die Contraction der das Gefässcentrum selbst ernährenden Arterien erfolgt wieder Ernährungsstörung dort, Parese der Arterieninnervation, deren Erweiterung, und durch sie neuerdings die Manie.

Andere zusammengesetzte Formen von Leiden des Vorderhirnes setzen sich aus Anfällen und intervallären Zeiträumen zusammen.

Sie enthalten zunächst die epileptischen Zustände im weitesten Sinne, ferner die intermittirenden Formen von psychischer Krankheit auf zymotischer Basis, worunter, wie oben gezeigt, auch Epilepsie ihren Platz finden kann.

Vielleicht beruhen die Reihenfolgen der mit Melancholie zusammengesetzten Krankheiten des Vorderhirnes mehr auf Processen,

welche Erschöpfbarkeit des Arterieninnervationscentrums setzen, während die Epilepsie anerkanntermassen einen hyperästhetischen Zustand dieses Centrums bedingt.

Diese Beispiele zeugen für eine Einsicht, welche aus Beobachtung des gesetzmässigen Verlaufes von centralen Krankheitsprocessen erwächst und fordern zum eingehendsten Studium der Verlaufsweisen heraus. Je weniger die voranstehenden Anschauungen nur meine Anschauungen sind, desto mehr Werth wird in ihnen liegen, desto nützlicher wird mir ihre Veröffentlichung erscheinen.

Eigenthümliche Körperstellung und Haltung der Extremitäten bei einer epileptisch blödsinnigen Kranken und die bei der Obduction der Leiche dieser Kranken gefundenen Veränderungen im Gehirne.

Von Dr. Ed. Stephanides, Secundararzt der Wiener Landes-Irrenanstalt.

Nachfolgender Fall von epileptischer Geistesstörung ist zwar nicht wegen der psychischen Symptome und Anfälle, — diese sind ja in der letzteren Zeit von vielen Autoren wiederholt beschrieben, — geordnet zu einem Gesammtbilde vereinigt worden, sondern wegen der während des Lebens vorhandenen Erscheinungen in Bezug auf Körperhaltung und Stellung der Extremitäten sehr beachtenswerth, um so beachtenswerther aber wegen des nach dem Tode gefundenen ganz absonderlichen, vielleicht einzig in seiner Art dastehenden Sectionsbefundes des Gehirnes.

Diese obgenannten Erscheinungen während des Lebens, der Befund des Gehirnes mit einander verglichen und zusammengehalten, dürften für jeden Fachmann nicht ohne Werth sein, weil sie bei sachverständiger Deutung und Auslegung etwas zur Klärung des complicirten Baues und Leistung des Gehirnes beitragen können, weil weiter hiedurch die Summe jenes pathologischen Materiales vermehrt wird, das nur zur Bestätigung anatomischer Funde und physiologischer Experimente im Bereiche des Gehirnes dienen kann und soll.

Ich schicke hier gleich voraus, dass ich nicht den langen Verlauf der Krankheitserscheinungen vollkommen ausführen werde, weil ich einerseits die Kranke erst seit etwa $1^1/_2$ Jahren kannte, anderseits das zur Krankheitsgeschichte nöthige Materiale aus früherer Zeit mangelhaft und ohne Belang ist, sondern dass ich im Anschlusse an die von Seite des Vaters der Kranken erhobene Anamnese die Kranke, sowie die bei ihr vorhandenen Erscheinungen, während ich sie beobachtete, so treu und kurz als möglich schildern werde, der Krankheitsgeschichte hierauf den von Hrn. Reg.-R. Prof. Meynert erhobenen Sectionsbefund folgen lasse.

St. Th. 36 Jahre alt, kathol., Beamtenstochter aus Wien, wurde am 1. August 1874 in die n. ö. Landes-Irrenanstalt Wien aufgenommen (auf die Abtheilung des Herrn Prim. Holler), von mir seit Februar 1875 beobachtet. Die Kranke, bereits zweimal wegen Geistesstörung in der Anstalt, litt im 11. Lebensmonate an Fraisen, die sich von da ab ein ganzes Jahr wiederholten und mit einem, im Laufe der Zeit sich bessernden Lähmungszustande des rechten Armes und rechten Fusses verbunden waren. Nach dieser Zeit traten statt der Fraisen gruppenweise epileptische Anfälle auf, die bis zur Aufnahme der Kranken sich fortwährend wiederholten und immer von mehr oder minder tobsüchtigen Aufregungszuständen gefolgt waren.

Pat. blieb schon als Kind in ihrer geistigen Entwicklung zurück, machte in der Schule so wenig Fortschritte, dass sie in Folge dessen, sowie der plötzlich auftretenden Anfälle genöthigt war, aus derselben wegzubleiben und sich nur mit leichteren Handarbeiten zu beschäftigen. Mit dem Eintritte der unregelmässig auftretenden, oft cessirenden Menstruation wurden die Anfälle häufiger, die Tobsuchtsanfälle immer extensiver, so dass ihre Angehörigen sich genöthigt sahen, sie im April 1872 dem Beobachtungszimmer zu übergeben, von wo sie der Irrenanstalt übergeben und wohin sie nach zweimaliger Entnahme aus derselben gegen Revers am obbezeichneten Tage zum letzten male überbracht wurde.

Die Kranke mittelgross, schwächlich gebaut, von anämischem Aussehen bei sonstiger körperlicher Gesundheit, hielt, wenn sie aufrecht stand oder sass, den ganzen Oberkörper schlaff und matt nach rechts geneigt, so dass es den Anschein hatte, als wenn die Kranke mit einer Wirbelsäuleverkrümmung behaftet wäre, hielt den Kopf, in dessen rohgeschnittenem Gesichte, sowie im Blicke der Blödsinn deutlich ausgeprägt war, dabei gewöhnlich so nach vorwärts und rechts, dass das breite affenartig vorstehende Kinn fast auf der inneren Schlüsselbeinhälfte auflag. Die Pupillen waren gleich und mässig weit, der linke Winkel des von wulstig aufgeworfenen Lippen umsäumten Mundes stand tiefer, die linke Nasolabialfalte war verstrichen, die beim Vorstrecken zwischen die zahnlosen Kiefern stark zitternde Zunge wich etwas nach links ab. Die oberen Extremitäten, besonders die rechte, waren etwas nach einwärts gerollt, in allen Gelenken mehr weniger gebeugt. Sehr auffällig und zwar rechterseits bedeutend mehr ausgeprägt als links, war die Beugung und gleichzeitige Pronation im Handgelenke und die ungleichmässige Beugung der Finger, so zwar, dass die Mittelhand zum Vorderarme in einem Winkel von 120° gebeugt stand, der Zeige- und Mittelfinger vollkommen gebeugt mit den Nagelspitzen die Hohlhand berührten, während der Ring-, noch mehr der Kleinfinger die Mittelstellung zwischen Beugung und Streckung einhielten, während der Daumen mässig gebeugt in der opponirten Stellung gehalten wurde.

Die Finger konnten passiv leicht aus dieser Stellung gebracht

werden, kehrten jedoch nach Aufhören der Einwirkung der die Beugung ausgleichenden Gewalt bald wieder in ihre frühere Stellung zurück. Activ war die Streckung der Finger nicht vollkommen, nur langsam möglich, so dass die Kranke ihr gereichte Gegenstände schlecht und ungeschickt erfasste und festhielt. Die unteren Extremitäten waren etwas nach einwärts gerollt, die Füsse besonders aber der rechte, waren, wenn die Kranke die Rückenlage einnahm, im Sprunggelenke gestreckt und dabei etwas nach einwärts gewendet, so dass der innere Fussrand nach ein- und aufwärts gerichtet war. Patientin, die alle Bewegungen unbeholfen, ungeschickt, langsam ausführte, gab auf an sie gerichtete Fragen immer erst nach Wiederholung der Frage langsam, stossweise, die einzelnen Worte dehnend, mit lauter kreischender Stimme Antworten, die die langsame Auffassung, den trägen Ideen- und Gedankengang, die Abschwächung des Gedächtnisses, Vorstellungs- und Urtheilsvermögens verriethen. Die Kranke, die in der obenbeschriebenen Stellung, unbeholfen bis zu ihrem Tode, fast beständig zu Bette lag, das sie oft mit ihren Excrementen verunreinigte, hatte, wie aus folgender Tabelle ersichtlich, zahlreiche, gruppenweise auftretende epileptische Anfälle.

21.	September	1874	1	Anfall	25.	März	1875	2	Anfälle
28.	»	—	1	»	2.	März	—	1	»
3.	October	—	1	»	6.	»	—	1	»
14.	»	—	1	»	15.	»	—	1	»
29.	»	—	1	»	24.	»	—	2	»
31.	»	—	1	»	2.	April	—	1	»
2.	November	—	1	»	3.	»	—	1	»
3.	»	—	1	»	5.	»	—	2	»
8.	»	—	1	»	12.	»	—	4	»
18.	»	—	1	»	15.	»	—	1	»
19.	»	—	1	»	17.	»	—	1	»
24.	»	—	1	»	18.	»	—	1	»
28.	»	—	1	»	19.	»	—	1	»
29.	»	—	1	»	29.	»	—	4	»
1.	December	—	1	»	18.	Mai	—	1	»
13.	»	—	2	»	20.	»	—	2	»
17.	»	—	1	»	5.	Juni	—	1	»
18.	»	—	1	»	26.	Juli	—	2	»
13.	Jänner	1875	1	»	27.	»	—	1	»
14.	»	—	1	»	29.	»	—	1	»
6.	Februar	—	1	»	11.	Juli	—	5	»
10.	»	—	1	»	28.	»	—	1	»
12.	»	—	1	»	21.	August	—	1	»
14.	»	—	1	»	5.	September	—	1	»
18.	»	—	1	»	9.	»	—	1	»
24.	»	—	2	»	19.	»	—	1	»

6.	October	1875	3	Anfälle	28.	Jänner	1876	1	Anfall
16.	»	—	1	»	7.	Februar	—	1	»
24.	»	—	1	»	21.	»	—	1	»
31.	»	—	1	»	22.	»	—	5	»
1.	November	—	1	»	4.	März	—	1	»
12.	»	—	1	»	10.	»	—	1	»
15.	»	—	1	»	12.	»	—	1	»
20.	»	—	2	»	13.	»	—	3	»
28.	»	—	2	»	14.	»	—	1	»
30.	»	—	2	»	30.	»	—	1	»
1.	December	—	1	»	4.	April	—	1	»
9.	»	—	1	»	23.	»	—	2	»
16.	»	—	1	»	6.	Mai	—	3	»
22.	»	—	1	»	19.	Juni	—	1	»
25.	»	—	1	»	2.	Juli	—	2	»
2.	Jänner	1876	1	»	7.	»	—	1	»
12.	»	—	1	»					

Die einzelnen Anfälle überraschten gewöhnlich die Kranke, traten meist ohne nachweisbare Veranlassung auf und dauerten 2—5 Minuten. Die Kranke, welche gegen die Anfälle Bromkali täglich 4 Grm. in 2 Dosen erhielt, das nur immer für 1—2 Tage ausgesetzt wurde, wenn sie, wie dies öfters der Fall, sehr hinfällig darniederlag und somnolent erschien, zeigte die obenbeschriebene Stellung des Körpers, Kopfes und Extremitäten deutlicher, mehr ausgeprägt nach zahlreichen Anfällen, als in den einzelnen anfallsfreien Zwischenräumen, wo ihr selbst das Stricken, wenn auch nur unvollkommen gelang. Sie brach sich bei einem Anfalle am 25. Februar 1875 das rechte und bei einem anderen Anfalle am 12. Jänner 1876 das linke Schlüsselbein. Beide Brüche sind ohne jeden Verband, weil die Kranke denselben nicht liegen liess, mit bedeutender Callusbildung geheilt, jedoch nahm die krankhafte Stellung in den oberen Extremitäten, sowie in der letzteren Zeit überhaupt immer mehr und mehr zu, bis die fast vollkommen verblödete, seit Jänner 1875 nicht menstruirte, von Tobsuchtsanfällen fast vollständig freie Kranke croupöser Laryngitis und Bronchitis trotz Touchirung mit Höllenstein und Tracheotomie am 9. Juli 1876 erlag.

Die am 11. Juli 1876 vorgenommene Obduction ergab folgenden interessanten Befund:

Der Körper mittelgross, ziemlich mager, das Kopfhaar dunkelbraun, beide Pupillen mässig verengert, der Hals dick, Brustkorb schmal. Bauchdecken mässig vorgewölbt.

Die rechte obere Extremität im Handgelenke und im Ellbogengelenke, die Hand an den Fingergelenken gebeugt.

Das Schädeldach von mittlerer Dicke, über dem rechten Stirnbeine oberhalb der Verknöcherungsstelle eine über linsengrosse, flache,

derbe Hyperostose. Die Dura mässig gespannt, an ihrer Innenfläche geschichtete, abziehbare, in ihrer ganzen Continuität zusammenhängende Verdickungen von röthlicher, rostbrauner Farbe und ziemlich derber Consistenz. Die Hirnoberflächen von ziemlich zarten, blutarmen Häuten bedeckt, die Furchen mässig verbreitert, das Mark im Ganzen ödematös weicher, der Durchschnitt des linken Hinterhauptlappens dagegen zeigt eine, durch sehr kleine härtere Stellen, die mit umgebenden ödematösen abwechseln, bedingte körnige Beschaffenheit bei höchster Blutarmuth; das linke Ammonshorn um die Hälfte seiner gewöhnlichen Masse geschrumpft, von knorpelartiger Härte und grosser Blutarmuth. Die linke Hälfte des Stammes zeigt einen atrophischen, um ein Drittel seiner Länge verkürzten und verschmälerten Sehhügel von callöser Dichtheit; nicht minder ist die linke Insel abgeflacht und es scheint der gleichseitige Nucleus caudatus verkürzt. In den Kammern, deren Ependym ödematös erweicht, erscheint eine mässig vermehrte Flüssigkeit angesammelt. Der linke Fuss des Hirnschenkels verschmälert und sowie die übrigen Theile des Stammes ödematös.

	rechts	links
Hirnmantel	506 Grm.	425 Grm.
Stirnhirn	195	165
Kleinhirn	62	67
Stamm	115 Gesammtgewicht	

Stammlappen, Sehhügel, Vierhügel 55 Grm. r., 35 Grm. l.

Die Schilddrüse durch Cysten von neugebildetem Gewebe mässig vergrössert, unterhalb derselben eine, von der Tracheotomie herrührende Schnittwunde. Das Innere des Kehlkopfes und der Luftröhre sowie der Bronchien und ihrer ersten Theilungsäste von grünlich gefärbten, leicht abziehbaren Pseudomembranen bedeckt, unter denen die Schleimhaut rauh und injicirt erscheint. Beide Lungen in ihrem ganzen Umfange ödematös, im Herzbeutel ein paar Tropfen Flüssigkeit, das Herz links contrahirt, rechts vom flüssigen Blute erfüllt, von fleischrother Farbe, fast nicht zerreisslich. Die Milz, sowie die Leber von verfetteten Herden durchsetzt, die Milz rostbraun roth, weich, etwas vergrössert, blutreich. Der Magen mit etwas grünlicher Flüssigkeit erfüllt, in den Gedärmen dünnbreiige Massen, die rechte Niere atrophisch, von körniger Oberfläche, mit vereinzelten kleinen, mit hellbrauner Flüssigkeit erfüllten Cysten; die linke bedeutend vergrössert, zeigt an ihrer Oberfläche eine continuirliche Zahl erbsen- bis bohnengrosser Cysten. Die Blase zusammengezogen, der Uterus schlaff, etwas nach links flectirt, klein, im Cervicalkanal viscöse Flüssigkeit, die Schleimhaut der Scheide blass. Beide Schlüsselbeine zeigen ungefähr am Zusammenstoss ihres inneren mit dem mittleren Drittel an der inneren Fläche callöse, verknöcherte Erhabenheiten als Reste einer vorübergegangenen Fractur.

Aus dem Vereine.

Protokoll der Hauptversammlung vom 31. Mai 1876.

Vorsitzender: Herr Reg.-R. Prof. Meynert.

1. Mittheilung des Jahresberichtes über die Thätigkeit des Vereines durch den Secretär:

„Es wurden in dem abgelaufenen Vereinsjahre — dem achten seit Gründung des Vereines — in zehn unter dem Vorsitze des Präsidenten Herrn Reg.-R. Prof. Meynert abgehaltenen Monatsversammlungen Fragen rein wissenschaftlichen Inhaltes sowie das Irrenwesen betreffende Angelegenheiten von praktischer Bedeutung behandelt und zum grossen Theil in eingehender Weise discutirt, und der Verein kann mit Befriedigung auf das Resultat seiner wissenschaftlichen Thätigkeit in diesem Jahre zurückblicken.

Herr Reg.-R. Prof. Meynert sprach über das Stirnhirn der Raubthiere, hielt einen Vortrag über Umfang und Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes und brachte ein gerichtsärztliches Gutachten.

Herr Prof. Leidesdorf besprach einen Fall von impulsiver Geistesstörung und regte eine sehr eingehende, die Gesellschaft durch mehrere Sitzungen beschäftigende Discussion über Mordmonomanie an.

Herr Primararzt S.-R. Dr. Gauster liefert Beiträge zur Zählung der ausser den Irrenanstalten in Niederösterreich befindlichen Irren im Jahre 1872 und theilt das vom Comité für Irrenzählung genehmigte, an die Minister des Innern und der Justiz vorzulegende Memorandum mit.

Herr Primarius Dr. Holler demonstrirte nach einer von ihm erfundenen Methode angefertigte mikroskopische Präparate.

Herr Docent Dr. Glatter hielt einen Vortrag über die physiologische Wirkung künstlicher Congestionen und über den Einfluss von Bewegungen auf Gemüthsaffecte.

Herr Dr. Höstermann sprach über einen Fall von Gehirnhypertrophie, der auf der Klinik des Herrn Reg.-R. Prof. Meynert zur Beobachtung kam, und hielt einen Vortrag über Intermittens und Epilepsie mit Zugrundelegung mehrerer dahin gehöriger Krankengeschichten.

Herr Dr. Zippe trug ein gerichtsärzliches Gutachten vor.

Herr Dr. Schlangenhausen sprach über einen Fall von Kleinhirntumor und einen Fall von transitorischer Aphasie, welche er auf der Klinik des Herrn Reg.-R. Prof. Meynert zu beobachten Gelegenheit hatte.

Herr Dr. Stephanides sprach über Geisteskrankheit nach Blattern auf Grund von ihm in der L. Irrenanstalt an derartigen Kranken gemachten Beobachtungen.

Herr Dr. Weiss hielt einen Vortrag zur Theorie der Hallucinationen.

Herr Dr. Ruben trug ein gerichtsärztliches Gutachten vor, welches einen Fall von Tödtung im Blattern-Delirium behandelt.

Der bei weitem grössere Theil der im Schooss des Vereines gehaltenen Vorträge wurde in ausführlicher Weise durch das Organ desselben veröffentlicht.

Herr Prof. Leidesdorf sah sich durch Geschäftsüberbürdung genöthigt, aus der Redaction des psychiatrischen Centralblattes auszutreten; es wurde ihm der Dank der Gesellschaft für seine Verdienste und Bemühungen durch viele Jahre im Interesse des Blattes ausgesprochen.

Das Programm des Blattes, nunmehr unter der Redaction des Primararztes S.-R. Dr. Gauster und des Reg.-R. Prof. Meynert erhält insofern eine Aenderung, als ein grösseres Gewicht auf Originalbeiträge gelegt und auf Irrenstatistik und Irrenwesen im Allgemeinen mehr Rücksicht genommen wurde in der Erwartung, dass dadurch das Interesse für das Organ des Vereines weiteren Kreisen sich mittheilen würde.

Einen werthvollen Beitrag verdankt das Centralblatt der Güte des Herrn Prof. Krafft-Ebing in Graz, welcher demselben eine eingehende, übersichtliche Zusammenstellung der Fortschritte und der Literatur der forensischen Psychologie im letzten Decennium zur Veröffentlichung überliess.

Zu ordentlichen Mitgliedern wurden in diesem Jahre gewählt: Herr Dr. E. Hoffmann, Professor der gerichtl. Medizin an der Universität Wien, Herr Dr. Babajef Babaian, kais. russ. Rath, die Herren Dr. Weiss und Svetlin, beide Assistenten an der psychiatrischen Klinik des H. Prof. Leidesdorf, die Herren Dr. Pokorny und Dr. Tilkowsky, Secundarärzte der niederösterr. Landes-Irrenanstalt, endlich Dr. W. Derblich, Stabsarzt in Lemberg, Dr. Sterz, Assistent der psychiatr. Klinik in Graz, und Dr. Zach, erster Assistenzarzt der steirischen Landes-Irrenanstalt zu Felchhof.

Herr Dr. Pick, gegenwärtig Assistenzarzt in Wehnen, zeigt dem Vereine seinen Austritt an.

Zum Schluss müssen wir noch mit Dank der grossen Verdienste des Herrn Dr. Höstermann, bisher Assistent an der Klinik des H. Reg.-R. Prof. Meynert gedenken. Derselbe versah seit Jahren in ausgezeichneter Weise die Geschäfte des ersten Secretärs des Vereines und förderte die Interessen desselben in hervorragender Weise durch seine wissenschaftliche Thätigkeit, er wurde als dirigirender Arzt an die Irrenanstalt Valduna in Vorarlberg berufen.«

2. Herr Prof. Leidesdorf theilt den heute erfolgten Tod des correspondirenden Mitgliedes Doc. Dr. Glatter mit. Die Gesellschaft

drückt auf seinen Antrag durch Erheben von den Sitzen ihre Theilnahme aus.

3. Herr Sanitätsrath Dr. Bleiweiss jun., Primararzt in Laibach und Herr Dr. Fritsch, Assistent an der Klinik des H. Prof. Meynert, werden zu ordentlichen Mitgliedern gewählt.

4. Der Finanzbericht wird wegen Abwesenheit des verreisten Vereins-Oekonomen Herrn Prim. Dr. Holler über Antrag des S.-R. Dr. Gauster auf die nächste Versammlung vertagt.

5. Bei der nun folgenden Wahl der Functionäre werden gewählt: Zum Präsidenten Herr Reg.-R. Prof. Meynert. Zum Vice-Präsidenten Herr Primararzt S.-R. Dr. Gauster. Zu Secretären die Herren Dr. Schlangenhausen und Dr. Ruben. Zum Oekonom Herr Prim. Holler. Zu Verwaltungsräthen die Herren Director Dr. Obersteiner jun., Dr. Flechner, Dr. Zippe und Prof. Dr. Leidesdorf.

Herr Reg.-R. Prof. Meynert dankt dem Vereine für die Wiederwahl und hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: Gesichtspunkte über das Entstehen der Gehirnwindungen.

Der Vortragende verfolgt den naheliegenden, zuletzt scharf von Henle ausgesprochenen Gedanken, dass die Windungsfurchen durch Hemmungen des Wachsthumes der Gehirnoberfläche im Schädel entständen. Darnach würde das Gehirn, wenn es sich frei ausser dem Schädel entwickelte, andere Formen zeigen, als von da an, wo ein Zurückbleiben gewisser Schädelaxen gegenüber der Wachsthumstendenz der Gehirnoberfläche auftritt. Die dabei auftretenden Falten müssen senkrecht auf die Richtung der das Gehirn beengenden Schädelaxen entwickelt werden. Für das Hervorgehen der Furchen aus einer Entwicklungshemmung spricht auch die Verschmälerung der Gehirnrinde innerhalb der Windungsfurchen. Im allergröbsten genommen würde das Vorderhirn, falls es bei extracraniellem Wachsthum zwei glatte Halbkugeln darstellte, durch Hemmung der Entwicklung im Breitendurchmesser longitudinale gerade Windungsfurchen bilden, und durch Hemmung der Entwicklung im Längsdurchmesser (von vorne nach hinten) auf die geraden senkrechte (radiäre) Windungen.

Die beiden Gegensätze mussten der Einleitung von Dolichokephalie für den 1. Fall, von Brachykephalie für den 2. Fall entsprechen. Indem hierin nur lapidare Unterschiede belehrend sein können, verfuhr Prof. Meynert vergleichend anatomisch, wird seine Untersuchungen noch umfassender gestalten und auf die Verhältnisse des menschlichen Fötus ausdehnen. Er zählt die Schädelmessungen zu den sehr schwierigen Arbeiten, bei denen irgend ein Werth nur durch die ernsteste Genauigkeit zu erreichen ist, und für welche beispielsweise der craniologische Fundamentalautor Prof. Welker in Halle eine bewunderungswürdig feine Technik entwickle.

Für Thiere mit Riechlappen und vorstehendem Kleinhirn ist der Welker'sche Längsdurchmesser des Schädels nicht anwendbar. M. hat hiefür im aufgesägten Schädel eine Linie vom vorderen Rande der Siebplatte bis zum hintersten Punkt der oberen Felsenbeinkante und für den Querdurchmesser die Linie über den vorderen Rändern der äusseren Ohröffnungen gewählt. Menschen- und Affengehirne verglich er nach Welker's Maassen nur miteinander. Bei den Raubthieren ergab der Vergleich des Fuchsschädels mit Hundeschädeln, und mit dem Katzen- und Löwenschädel:

	1 Fuchs	2 Hund	3 Katze	4 Löwe
Theile des Längsdurchmessers	100·0	100·0	100·0	100·0
» » Querdurchmessers	77·0	85·0	97·2	98·7

Diesen von 1—4 an steigenden brachykephalen Verhältnissen entsprechen am Gehirnbau Stufen der Entwicklung von Windungsrichtungen, welche mehr senkrecht auf den Längsfurchen stehen. Der Fuchs hat den relativ längsten Schädel und besitzt das in seinen longitudinalen Furchen am reinsten entwickelte Gehirn. Bei Hunden finden sich quere Undulationen und auch quere Anastomosen, endlich an den Gehirnen der Katzenfamilie zeigt das, einen mehr quadratischen Schädelraum erfüllende Gehirn, wie schon Leuret wusste, seine sämmtlichen Längsfurchen von typischen fast senkrechten Gyris unterbrochen, welche Anastomosen derselben darstellen. Das Steigen der Brachykephalie des Schädels hat demnach am Raubthierhirn letztlich bei den Katzen das Entstehen von Windungen zur Folge, wie sie eine Art longitudinaler Stenose, senkrecht auf deren Richtung gleichsam durch Herausdrängen der Rindensubstanz hervorbringen könnte.

Die Schädel der Seehunde, Cetaceen und der Elephanten sind so brachykephal, dass das Percent des Längsdurchmessers negativ wird.

	Seehund	Delphin	Junger Elephant	Alter Elephant
Theile des Längsdurchmessers	100·0	100·0	100·0	100·0
» » Querdurchmessers	118·8	134·9	128·3	123·3

Am Gehirne des Seehundes kommt die Compression der Längsaxe des Gehirnes durch die Brachykephalie sofort mittelst Compensation durch eine ausserordentliche Höhe des Stirntheiles zum Ausdruck, durch einen (statt longitudinalen) senkrecht aufstrebenden Verlauf der Riechlappen, bei einer zolllangen senkrechten Distanz zwischen Nervus opticus und Bulbus olfactorius, sowie durch die merkwürdige Erscheinung einer vertical stehenden Sylvischen Spalte. Die Windung, welche die Sylvische Spalte umgibt, ist durch Knickung ihres longitudinalen Verlaufstückes herzförmig, indem die Schädelkürze zur longitudinalen Entwicklung dieses Zuges keinen Raum gibt. Ganz ähnlich bei dem Delphin.

Am Gehirn des Elephanten spricht sich die zu erwartende Folge der Brachykephalie, nämlich Windungen, welche auf die Längsaxe des Schädels relativ senkrecht stehen, schon in dem Eindruck aus, den Leuret vor mehr als 30 Jahren gewann, dass bei dem Elephanten, statt wie bei dem Menschen zwei quere Centralwindungen, deren drei und, anstatt einer Centralfurche deren zwei vorhanden seien.

Bezüglich der Brachykephalie des Affenschädels, welche sich darum erwarten lässt, weil bis zu den Primaten hinauf wesentlich (ähnlich wie bei dem menschlichen Fötus) radiäre statt longitudinaler Furchen entwickelt sind, hat sich Meynert an 5 Affenschädeln (einschliesslich Schimpanse und Orang) überzeugt, dass die Verhältnisse des Längendurchmessers zum Querdurchmesser, welche die menschliche Dolichokephalie und Orthokephalie im Sinne Welker's darstellen, bei Affenschädeln gar nicht vorkommen, sondern nur ausgeprägte, zum Theil übermenschliche Brachykephalie.

Ebenso verhalten sich die bisher von ihm gemessenen fötalen Schädel aus dem 7. und 8. Entwicklungsmonat. Die Abstufungen der Brachykephalie bei den aufgezählten Thieren bleiben auch unverändert, wenn Meynert statt des einen, ungefähr grössten Querdurchmessers einen idealen, bei den Raubthieren aus fünf gleichörtlichen, bei den Seehunden und Elephanten aus drei gleichörtlichen Durchmessern berechneten Querdurchmesser setzte, zur Berücksichtigung der verschiedenen Schädelbreite an verschiedenen Abschnitten der Längsaxe.

Es kommt dem Vortragenden nicht bei, einen so einfachen Messungsversuch, wie die Vergleichung nur zweier Durchmesser für die Würdigung der Wirkungen der Wachsthumsunterschiede eines so complicirten und geometrisch unberechenbaren Baues, wie der Schädelhöhle als erschöpfend anzusehen. Jedenfalls aber könnten Bildungen, die aus der freien inneren Entwicklung des Vorderhirnes selbst hervorgehen, sich innerhalb jeder Schädelhöhle wiederfinden, wie es ja bei den tiefer liegenden Gehirnorganen und rücksichtlich der Constanz der Sylvischen Grube der Fall ist.

Dass bei bestimmten Raubthieren an Gehirnstrecken nur longitudinale Windungen da sind, wo andere auch auf diese senkrechte Windungen besitzen, dass immer die Besonderheiten des Schädels mit Besonderheiten des Gehirnes zusammenfallen, welche durchwegs durch mechanische Einflüsse des Schädelwachsthums auf das Gehirn erklärbar werden, bei Thieren, deren Schädelform gewiss auch durch Gesammtorganisation und Lebensweise bestimmt wird, wie z. B. bei den Wassersäugern, das sind Wahrnehmungen, welche Meynert bestimmen, unsere bis heute einzige noch schwache Erleuchtung über die Gesetzmässigkeit des Entstehens der Grosshirnwindungen in ihrer passiven Beeinflussung durch das Schädelwachsthum zu suchen, allerdings unter Mitwirken der Gehirnevolution bei der Zahl

der Windungen. Dafür, dass es nicht gleichgiltig sei, ob functionirende Nervenkörpermassen die Oberfläche einer Hauptwindung oder einer Anastomose oder die Furche zwischen zweien Windungen bewohnen, liegen heute noch gar keine Belege vor.

Dr. Ruben, Secretär.

Protokoll der Sitzung vom 28. Juni 1876.

I. Ueber Vorschlag des Herrn S.-R. Dr. Gauster wurden die Herren R.-R. Prof. Meynert, Primar. Dr. Holler und Bezirksarzt Dr. Effenberger zu Delegirten für den 2. österr. Aerztevereinstag gewählt.

II. Herr Primar. Dr. Holler legt als Oekonom des Vereines den Rechenschaftsbericht pro 1875 vor.

Kassastand	475 fl.	52	kr.
Mitgliederbeiträge u. Pränumeration	324 „	—	„
Summa .	799 fl.	52	kr.
Ausgegeben	731 „	57	„
Verbleiben	67 fl.	95	kr.

Dem Herrn Oekonomen wird nach Censur der Detailrechnung durch die Mitglieder das Absolutorium und der Dank der Versammlung ausgesprochen.

Herr S.-R. Prim. Dr. Gauster beantragt im Anschluss an den Rechenschaftsbericht die Sonderung der Rechnung für das Vereinsblatt in der Weise, dass diese mit dem Solarjahre geführt und als Einnahmen die Pränumerationsgelder, sowie von jedem Mitgliedbeitrage ein Beitrag von 3 Gulden verrechnet werde; Redactionskassa und Rechnung führe der Herr Oekonom. Der Antrag wird einstimmig angenommen.

III. Hierauf hält Herr S.-R. Prim. Dr. Gauster seinen angekündigten Vortrag: „Casuistik zu Heilung von progressiver Paralyse“ *) Herr Prim. Dr. Holler gedenkt demnächst ähnliche Fälle von seiner Abtheilung mitzutheilen.

Zum Schlusse der Sitzung demonstrirte das Vereinsmitglied Herr S.-R. Dr. Babajeff einen nach seinen Angaben modificirten Schneideapparat (Mikrotom), an welchem die Niveaudifferenz für das schneidende Instrument durch Schraubenbewegung der demselben dienenden ringförmigen Unterlage — ohne Lageveränderung des Objectes — ermöglicht wird.

Dr. F. Schlangenhausen, Secretär.

---

*) Erscheint demnächst in diesem Blatte. Die Red.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.

Inserate.

Wilh. Braumüller & Sohn

k. k. Hof- und Universitätsbuchhandlung

IN WIEN.

Specialität:

Medicin und verwandte Wissenschaften.

Auf gef. Verlangen übersenden wir **gratis** und **franco** ein soeben erschienenes, bis Mai 1876 ergänztes **Verzeichniss der vorzüglichsten Werke aus dem Gebiete der Medicin und der damit verwandten Wissenschaften.**

Bestellungen auf Werke aus allen Fächern der Literatur des In- und Auslandes werden umgehend unter Nachnahme effectuirt.

Braumüller's Bade-Bibliothek

für Aerzte und Curgäste.

76 Bändchen. 8. eleg. brochirt.

Inhalt: Curdiätetik, Anleitung zur Wahl der Curorte, Führer und Beschreibung von circa 60 Bädern und Curorten, bearbeitet von den bewährtesten Balneologen.

Zu beziehen durch

W. BRAUMÜLLER & SOHN

k. k. Hof- und Universitäts-Buchhandlung

IN WIEN.

Alle sonstigen **Balneologischen Schriften** und **Reise-Literatur** werden prompt besorgt und per Post unter Nachnahme übersendet. **Catalege gratis und franco.**

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.

Soeben erschien und ist durch W. Braumüller & Sohn in Wien zu beziehen:

Handbuch der Krankheiten des Rückenmarks.

Von

Dr. Wilh. Erb, Professor in Heidelberg.

1. Abtheilung. Mit 5 Holzschnitten. 7 Mark.

Die **2. (Schluss-) Abtheilung** wird im Herbst d. J. erscheinen.
(v. Ziemssen's Handbuch, XI. Bd., 2. Hälfte, 1. Abthlg.)

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

12. October 1876. Nr. 8 & 9.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Preis des Jahrganges **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.** Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit **15 kr.** oder **30 Pfenn.** berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse **14**, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Mariannengasse **22**. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Gauster: Zur Casuistik geheilter Paralysen. — Rothe: Irren-Gesetzgebung Russlands. — Schüle: Beiträge zur Kenntniss der Paralyse (Schluss). — Irrenstatistik in Oesterreich-Ungarn. I. Schnirch: Aus der k. ung. Irrenanstalt in Buda-Pest. II. Krafft-Ebing: Aus der steirischen Landesirrenanstalt Feldhof. — Buchschau. — Notizen. — Personalien.

Zur Casuistik der Heilungen progressiver Paralyse [1]).

Von Dr. Moriz Gauster.

Wenn ich abermals einen Fall von progressiver Paralyse vorführe, der in Genesung überging, so regt mich dazu die Erwägung der Nothwendigkeit an, bei dieser so traurigen Krankheit die Kennzeichen zu finden, bei deren Fehlen die Aussicht auf Herstellung nicht aufzugeben ist. Die progressive Paralyse gilt mit Recht als eine nur sehr selten heilbare Krankheit, wenn sich einmal ihre Symptomatik klar gekennzeichnet hat. Es finden sich aber doch Fälle, die mindestens halbwegs in integrum restituirt werden. Der Arzt muss sich also die Frage stellen: wann, d. h. unter welchem Erscheinungscomplexe ist es ihm gestattet, oder zur Pflicht, die Hoffnungslosigkeit einer Erkrankung zu constatiren? Es ist sowohl bezüglich Wiedererlangung von amtlicher Dienstfähigkeit, als auch hinsichtlich Ordnung geschäftlicher und häuslicher Angelegenheiten oft von eminentester Bedeutung für die Angehörigen eines Kranken, sowie für dessen künftiges Wohl und Wehe, möglichst klar zu sehen, um weder alle rechtzeitigen Anordnungen bei Aussichtslosigkeit auf Genesung zu versäumen, noch zu frühzeitig die Zukunft für verloren zu geben.

[1]) Im Auszuge vorgetragen im Vereine f. Psychiatrie und forensische Psychologie am 28. Juni d. J.

In der grössten Zahl von Fällen lautet gegenüber bestimmt diagnosticirter progressiver Paralyse die ärztliche Voraussage auf trostlose Resignation, auf Unheilbarkeit, zuhöchst mit Inaussichtstellung mehr minder kurzer, anscheinend ruhiger und klarer Intervalle.

Die Praxis gibt nun in klar diagnostizirbaren Fällen eine kleine, freilich sehr kleine Gruppe von Genesungen, die wir doch so nennen müssen, da sie durch Zeitdauer und psychisches Verhalten, durch Wiedererlangung einer, wenn auch manchmal um eine Nuance geschwächten normalen geistigen Leistungsfähigkeit des Gehirns gekennzeichnet werden, die wir also nicht als bloss scheinbare Stillstände betrachten dürfen, welche alsbald durch die alten Krankheitserscheinungen beiseitigt werden. In Fällen, wo motorische Störungen noch nicht oder nur unbedeutend hervorgetreten sind, charakterisiren sich diese scheinbaren Stillstände durch raschen, oft fast übergangslosen Eintritt des Klarseins, durch die Kürze der Beruhigungsdauer, durch die Fortdauer der Reizbarkeit oder die bei genauerer Beobachtung erst zu erkennende dauernde oder mälig zunehmende Hemmung und Schwächung in der psychischen Hirnfunction. Wo aber schon motorische Störungen stärker ausgesprochen sind, zeigen sich in jenen anscheinend klaren Intervallen diese, wenn auch gebessert, doch nie ganz verschwunden, namentlich die Pupillendifferenz und Facialisparese in der Intensität wohl wechselnd, sehr kurze Zeit auch ganz verschwindend, aber öfters wieder ganz deutlich; manchmal, obwohl seltener, bleiben diese, selbst wenn Sprache und Gang anscheinend ganz restituirt sind, stationär.

Bei den von mir beobachteten Genesungen ging die Besserung successive vorwärts, und schwanden die Krankheitssymptome namentlich in dem unten mitzutheilenden Falle sehr langsam.

Was sind die Stützen, deren sich die Prognose bedienen muss, um für den Kranken das möglichst Beste im Arrangement seiner Verhältnisse anregen zu können?

Da fehlen uns eben noch die meisten Anhaltspunkte; derzeit gilt dieser Krankheitsprocess oftmals weniger hoffnungslos, wenn er im Alkoholismus oder in Syphilis seine Grundlage fand; dem ersteren ätiologischen Momente gegenüber muss man aber bei einem ausgebildeten und länger dauernden Processe mit der Hoffnung sehr bescheiden sein, denn wenn selbst die motorischen Erscheinungen erheblich rücktreten, bleibt in der Regel eine bedeutende geistige Abschwächung, und so mancher Erscheinungscomplex nach chronischer Alkoholintoxication wird wohl hie und da als progressive Paralyse aufgefasst, ohne diese Erkrankung zu sein; es ist ein psychischer Schwächezustand mit mehr minder Aufregung und Lähmungen, aus der Ernährungsstörung der Nervenzellen hervorgehend, und schwindet zuweilen bis auf einen gewissen Grad von Geistesschwäche nach und nach.

Die Syphilis ist aber nach der grossen Reihe von Fällen, die hier beobachtet und am Leichentische weiter untersucht wurden,

weitaus nicht so häufig, als man von mancher Seite annimmt, es müsste denn auf eine objective Diagnostik dieser Krankheit verzichtet und subjectives Vermuthen wegen einmal überstandenen Ulcus oder gar bloss wegen Verdachtes darauf als positiver Befund angenommen werden.

Wir müssen also noch nach weiteren prognostischen Anhaltspunkten suchen, um unseren Einblick in die Krankheit nicht bloss im Interesse unserer eigenen ärztlichen Autorität, sondern noch mehr in dem des Kranken und seiner Angehörigen zu klären und zu schärfen.

Wenn der von mir früher mitgetheilte Fall allenfalls durch Alkohol (?) mit beeinflusst sein konnte, jedenfalls aber nur in zweiter Linie, so hat der eben mitzutheilende mit diesem Causalmomente sowie mit Syphilis absolut nichts zu thun. Er zeigt einen, wenn auch kürzeren, doch vorgeschritteneren Hirnerkrankungsprocess und bietet in seinem Verlaufe bis zu einer gewissen Zeit ein klinisches Bild der progressiven Paralyse *κατ' ἐξοχήν*.

Betrachten wir uns den Fall selbst.

Ein 43 Jahre alter Anwalt, mittelgross, gut gebaut, sehr intelligent, in dessen Familie keine Geistesstörung vorkam, etwas jähzornig, doch sonst gutmüthig, liebenswürdig im Umgange, immer mässig, litt seit seinem späteren Jünglingsalter ziemlich häufig an rechtsseitiger Hemicranie, und zeitweilig auch an meist linksseitigem Gesichtsschmerze und zwar in ziemlich heftigem Grade. Er war als Hülfsarbeiter bei seinem Chef sehr beliebt, wurde selbstständig, und erwarb in Kurzem eine recht schöne Praxis. In der Periode des Speculationsfanatismus hatte er sich gleichfalls an Speculationen betheiligt, hatte Bürgschaft geleistet und war in grosse, seine Kräfte übersteigende Verpflichtungen hineingerathen, denen er um jeden Preis durch Vermehrung der Einnahmen gerecht werden wollte. Er überbürdete sich mit Facharbeiten, so dass er auch den Appetit verlor, sich weniger nährte und schon im Herbste 1874 reizbarer, verstimmter, vergesslicher wurde. Ende Februar 1875 steigerte sich die Erregung bedeutend, er sprach manchmal „ganz sonderbar", seine Aussichten und den pecuniären Besitz überschätzend, gab aber zu, dass er sich bei der Arbeit überangestrengt habe und wollte deshalb zur Erholung eine Reise nach Italien machen; da die Erregung hochgradig wurde, ward ich consultirt.

Ich fand den Kranken körperlich herabgekommmen, schlecht ernährt, mit heissem Kopfe, in der Erregung geröthetem Gesichte, das aber nach Rücktreten derselben stark erblasste; Puls beschleunigt, härtlich, linke Pupille weiter, beide mässig auf Lichtreiz reagirend, die Bindehaut glänzend, Hauttemperatur im Allgemeinen etwas erhöht, die Hände aber feucht und kühl, die Zunge belegt, beim Vorstrecken kaum merklich zitternd. In heftigerer Erregung namentlich zeigte sich leichte Facialisparese links.

Der Kranke sprach heftig, rasch mit lebhafter Mienen- und Handbewegung, voll Unternehmungsgeist bezüglich einer Reihe bevorstehender Arbeiten u. s. w. Er sei nicht krank, doch habe er zu viel gearbeitet, darum reise er, um sich zu erholen; er sprang mitten in der Rede auf andere Gegenstände über; sein Benehmen, obwohl sehr erregt, blieb immer noch social entsprechend. Nach etwas mehr als halbstündiger Unterredung ermattete er sichtbar, wurde blass, sank zurück, so dass ich ihn rasten liess. Während des Sprechens stockte der Kranke manchmal mitten in der lebhaften Rede, als wenn er das rechte Wort nicht fände.

Ich liess ihn zu Bette gehen; er kam bald von den Reiseideen ab, wurde zum Theil sehr apathisch; er gab zu, krank zu sein, zeigte sich sehr vergesslich; Grössenideen wechselnden Inhaltes traten hervor: im Vielen zeigte sich eine merkliche Abschwächung in geistiger Hinsicht. Er wollte, dass alle seine Angehörigen in Sammt gehen müssen, seine Frau müsse ein vergoldetes oder goldenes Kleid bekommen; er war rasch, aber meist vorübergehend erregt, namentlich, wenn er die Speisen oder Getränke nicht erhielt, die er verlangte, er wollte oft frische Seefische und verlangte, dass man Morgens nach Triest telegraphire, damit sie Mittags da seien u. dgl.; für Zeit und Raum fehlte meist die klare Auffassung. Aus seinem früheren Geschäfts- und Reiseleben spuckten oft in verwirrtester Weise viele Erinnerungen in seinen Reden. Oftmals benahm er sich kindisch, eigensinnig, zeitweilig war er sehr hinfällig und matt. Der Puls wurde nach und nach langsam (58—66), klein, der Schlaf wechselnd, der Kopf war warm, Extremitäten kühl, Stuhl rückgehalten, Urin manchmal gleichfalls lange ausbleibend, oft wollte er sich nur schwer zum Uriniren bewegen lassen; zeitweilig verschiedene hypochondrische Wahnideen, namentlich gegenüber Arzneien. Gegenüber seinen Kindern, die er sehr geliebt hatte, war er gleichgültig, die Sprache wurde öfters stark erschwert, indem er die Worte nicht fand, einzelne Silben nicht recht aussprechen konnte.

Im Laufe der nächsten Woche wurde er zweimal klarer; die paretischen Erscheinungen (wechselnde Pupillendifferenz, meist links Erweiterung, wechselnde Energie der Lichtreaction, rechtsseitige Zungenabweichung, Facialisparese, Sprachstörung) verschwanden fast ganz, es trat vollständiges Krankheitsbewusstsein und ziemliche Erkenntniss seiner Lage ein; doch immer nur kurze Zeit, einmal 2, einmal 4 Tage, bald folgten Verwirrtheit, Unruhe. Der Kranke wurde heftiger, er schlug auf seine Frau, würgte sie; die Grössenideen zeigten sich immer bedeutender, er besitze Paläste u. s. w. Während er früher den grösseren Theil der Zeit im Bette blieb, liess er sich jetzt nicht halten, er sprang heraus, wollte in die Kanzlei, konnte nur unter männlicher Assistenz rückgehalten werden. Eines Morgens fing er an, mit den Armen in der Luft heftig herumzufahren, als wenn er an Zügeln etwas leiten müsste; (er müsse

alle Eisenbahnen dirigiren u. dgl.) wobei starke Gehirncongestionen vorhanden waren; die Pupillen waren erweitert, die Augen glänzend, der Körper von der unablässlichen Arbeit in Schweiss gebadet. Er behielt die Eisumschläge nicht, stiess und schlug auf seine Umgebung und erst nach einiger Zeit konnte er in den Wagen und in unsere Anstalt gebracht werden.

Sogleich nach seiner Ankunft im Asyle wurde er tobsüchtig, doch beruhigte er sich schon bis nächsten Tag.

Ich führe den Befund am Tage nach der Aufnahme an, um nochmals ein klares Bild der Krankheit, wie sie von mir und meinen Assistenzärzten constatirt wurde, zu geben:

Kopf regelmässig gebaut, Gesicht blass, linke Pupille weiter, beide Pupillen übrigens erweitert, träge. Nasolabialfalte links schlaffer, Stirnfalten links etwas weniger ausgeprägt, Zunge ausgestreckt nach rechts stehend, Körperwärme etwas erhöht, Abendtemperatur etwas weniges ($^2/_{10}^0$ C.) gesteigert, Haut trocken, Appetit ziemlich gut, Schlaf unruhig, Stuhl und Harnabgang normal.

Kein Krankheitsbewusstsein; er spricht von seinem Palaste, in dem er wohne, von seinen Unternehmungen, seinen Gärten, zahlreichen Projecten, dem Schmuck, goldenen Bechern seiner Frau, ihren goldenen Kleidern u. s. w., immer abgebrochen, verwirrt, aber in artigem Tone, die Besorgnisse für seine Gesundheit verlachend, er sei gesund, nie so gesund gewesen. Die ihm von früher Bekannten erkennt er. Die Sprache ist manchmal etwas gehemmt, theils in psychischer Hinsicht, indem er Worte verwechselt oder schwer findet, theils in motorischer Richtung, indem er schwer articulirt. Gedächtniss geschwächt, für frühere Erlebnisse ungeordnet, für jüngstvergangene Zeit theils ganz aufgehoben, theils sehr verworren; er ist kindisch in Anschauungen und zum Theil im Benehmen, erscheint in der Urtheilsfähigkeit nicht bloss gehemmt, sondern geschwächt. Der Kranke ist leicht erregbar, aber die Erregung nie von Dauer, bei der Erregung werden die Pupillen weiter. Puls 84, klein, Athmung regelmässg. Die Angaben über die Versuche mit dem Tasterzirkel unverlässlich. Brust- und Bauchorgane normal. Allgemeine Ernährung mittelmässig. Gang etwas steif, beim Umdrehen Schwanken. Kräftezustand herabgesetzt und in gar keinem entsprechenden Verhältnisse zum Kraftgefühl.

Nun wechselte der Zustand zwischen Apathie, Unwirschsein mit heftiger aber vorübergehender zorniger Erregung, sowie besonderem Wohlbehagen und Zufriedenheit mit allem, was ihm geboten wurde, in buntem Wechsel. Ueber seine Verhältnisse, denen gegenüber er nur selten während der daheim zugebrachten Zeit der Krankheit in den lichteren Momenten halbwegs klar war, blieb er in vollem Irrthume, das Geschäft florire, tausende Gulden stünden aus. Er zerriss mehrfach seine Kleider, warf das Bett heraus, die schwachsinnigen Ideen über goldene Kleider, rasche Ueberbringung von Seefischen

u. dgl. kehrten wieder. Einigemale ass er nicht, das früher von ihm über die Maassen gelobte Essen war ihm zu schlecht.

Er war am 15. April in's Asyl gekommen. Am 7. Mai begann eine später abscedirende Entzündung der Weichtheile ober dem rechten Knie, herbeigeführt durch Trauma, wie er mit dem Fusse an die Thüre gestossen hatte. Der Kranke kam herab. Am 28. Mai eröffneten wir denselben, wobei sehr viel Eiter abfloss. Psychisch blieb sich Pat. gleich; zeitweilig riss er den Lister'schen Verband sowie die Compressionspflasterstreifen ober- und unterhalb herab. Grössenwahn im Gleichen fort.

Trotzdem zwischen den Muskeln viel Eiter versenkt war, heilte der Abscess relativ rasch, so dass am 22. Juni der Fuss wohl steif war, aber der Kranke schon etwas weniges herumging.

Im Juli waren noch immer leichte Temperaturdifferenzen zwischen Morgen und Abend (Abends höher); die Lähmungserscheinungen dauerten fort, er hatte über seinen Zustand und seine Verhältnisse keine Klarheit; die Grössenideen waren noch, aber etwas gemindert vorhanden; er zeigte sich kindisch, manchmal läppisch. Appetit sehr gross; im Ganzen war er ruhiger, das Gedächtniss war etwas gebessert.

Im August äusserte er sich über seinen Zustand dahin, dass man ihn gefangen halte; er wäre wohl daheim krank gewesen, erinnert sich aber nur an wenige Vorkommnisse; jetzt sei er ganz gesund. Er danke für die Hilfe, man habe kein Recht mehr ihn zu halten. Er ist übrigens in den letzten Wochen stark ergraut.

Bei Fortdauer der paretischen Erscheinungen im Gesichte und leichter psychischer Sprachstörung wurde er körperlich kräftiger; er lief im Garten viel herum. Allgemach gegen Ende August wurde er sehr deprimirt, aus Sorgen für sein Geschäft, sprach aber noch oftmals viel und kindisch; doch wurden allgemach die paretischen Erscheinungen schwächer, das Krankheitsbewusstsein klärte sich, jedoch traten, namentlich bei leichter Aufregung und lebhaftem Sprechen noch immer gesteigerte Selbstschätzung (die bei ihm kein normaler Charakterzug ist) und Urtheilsabschwächung, in Neigungen und Wünschen ein Kindischsein hervor. In Geldbeziehung fehlte noch die richtige Beurtheilung seiner Verhältnisse. Die Erinnerung für vieles Thatsächliche aus seinem Geschäfte kehrte zurück. Er fühlte und glaubte sich ganz wohl und hatte kein Bewusstsein der noch anhaftenden anomalen Zustände.

Ich beurlaubte den Kranken zum Aufenthalte am Lande Anfangs September. Er war im Beginne noch immer sehr reizbar, über seinen langen Aufenthalt in der Anstalt sehr ungehalten, sehr misstrauisch gegen seine Frau, und hatte wenig Schlaf. Nach und nach beruhigte er sich, nahm die Mittheilungen über den Geschäftsrückgang ziemlich ruhig auf; gegenüber Personen, die ihn vor seiner Erkrankung kränkten, zeigte er eine gewisse Apathie, wurde nach und nach über alle Verhältnisse immer klarer. Er wurde sehr ruhig

überlegend, im Urtheile, ausgenommen einer kaum bemerkbaren Nuance von Abschwächung, seiner früheren Kraft sich nähernd, betrachtete seine Lage, in der er sein Geschäft fast von Neuem beginnen müsste, allgemach mit grosser Ruhe und Objectivität und mit entsprechender Energie, arbeitete fachlich ganz gut, nur ermüdete ihn bald die Arbeit, so dass der Kopf eingenommen sei und er das Denken erschwert fühlte. Auch dies liess allgemach nach, er war wieder ein heiterer, liebenswürdiger Gesellschafter und im Februar 1876 waren alle paretischen Erscheinungen geschwunden. Nur das ergraute Haar und die dem genauen Beobachter merkliche, ganz leichte psychische Abschwächung erinnerten an die überstandene Krankheit. Er wurde demnach in diesem Monate als genesen erklärt. Laien hielten ihn mit wenigen Ausnahmen schon einige Zeit für gesund.

Er hatte seine Anwaltpraxis wieder aufgenommen und zwar unter ziemlich schweren Umständen, brachte sie aber ganz gut zur Geltung und hat sie im Laufe dieses Jahres recht sehr gehoben. Nach seiner Besserung kam jedoch selten Migräne in Vorschein, wie vor der Erkrankung. Gesichtsschmerz trat bis nun nicht auf.

Die Therapie hat wohl hier in medicinischer Hinsicht keinen merkbaren Einfluss geübt, ausser dass sie Beruhigung für die Nacht verschaffte. Weder Jod noch Bromkali hatten einen nachweisbaren Einfluss. Der Abscess hätte wohl eher schaden als nützen können. Die psychische Therapie der möglichst freien, und dabei fort auf thunlichste Beruhigung hinzielenden Behandlung hat hier sicher ein grösseres Verdienst. Einige Zeit wirkten laue Bäder günstig. Ausgiebige Ernährung wurde von Anfang an energisch im Auge behalten.

Wir sehen in diesem Falle, dass selbst bei schwereren und längeren Lähmungserscheinungen in der Sprache, sowie bei stark hervortretender Abschwächung der Intelligenz, bei ausgesprochenen Lähmungserscheinungen im Gange, wenn auch erst im Beginne, bei einer länger dauernden Steigerung der Abendtemperatur, bei auffällig hervortretender psychischer Symptomengruppe der progressiven Paralyse, doch eine Restitutio in integrum (mit Rücklassen sehr geringer psychischer Schwächung, die möglicherweise auch noch schwindet) stattfand.

Der Kranke hatte keine paralytischen Anfälle. Auch war bei diesem, wie bei dem im Jahre 1875 in der Sitzung am 9. Jänner besprochenen, keine Contractur der Pupillen, sondern mässige Erweiterung vorhanden; diese dauernden starken Pupillenverkleinerungen sind entschieden in Reizzuständen der betreffenden Centren begründet, und kommen bekanntlich bei der progressiven Paralyse, die mit maniakalischen Symptomen beginnt, häufig vor; diese Fälle sah ich bis nun in zahlreichen Beobachtungen stets ungünstig verlaufen, ihre Stillstände immer unvollkommen und meist kurz.

Schüle's Fall von Heilung selbst nach paralytischen Anfällen macht zwar auch dieses Symptom scheinbar hinfällig bezüglich seiner perniciösen Bedeutung in prognostischer Hinsicht.

Doch bleibt, da er die rheumatische (?) Natur seines Falles als möglich zugibt, gegenüber von zahlreichen Fällen von progressiver Paralyse, die hier beobachtet werden, das Verhältniss des Fehlens dieser Erscheinung zu den Herstellungen noch immer weiterer Aufmerksamkeit werth. Freilich wäre es am richtigsten und wichtigsten, wenn es gelänge, durch die Symptomatik den pathologisch-anatomischen Zustand des ergriffenen Markgebietes genau zu diagnosticiren und so die Umbildungen in der Zelle nach Qualität und Quantität rechtzeitig zu erkennen; denn so lange nur trophische Störungen allein da sind und noch nicht die secundären Structurveränderungen der Zelle, muss von vornherein die Möglichkeit einer Restitutio in integrum angenommen werden. Und wenn diese secundären Veränderungen nur ganz kleine, vielleicht zerstreute Markstellen, vereinzelte und von einander entferntere Zellengruppen betreffen, die im Kampf ums Dasein zu Grunde gingen, so wäre bei Nachlass der trophischen Störungen in den übrigen Theilen wenigstens eine scheinbare volle Herstellung denkbar und muss uns durch sie erklärt werden.

Die rechtzeitige Erkenntniss dieser Vorgänge ihrer Ex- und Intensität nach wird aber eben schwer erreicht werden und jedenfalls immer schwierig sein, weil eine Reihe gleicher psychischer Symptome scheinbar durch verschiedene pathologisch-anatomische Zustände sich decken und wir häufig erst aus der Dauer und Reihenfolge des allmäligen Auftretens auf dieselben schliessen können, die physischen Krankheitserscheinungen aber gleichfalls uns oft im Stiche lassen. Wir müssen also unsere Prognose auf indirectem Wege wenigstens möglichst sichern.

Die russische Gesetzgebung in Beziehung auf Geisteskranke [1]).

Von Staatsrath Dr. med. A. Rothe, Chefarzt der Irrenanstalt in Warschau [2]).

I. Ueber die Bedeutung und Untersuchung der Geistesstörung (Blödsinn, Wahnsinn), auch von Taubstummheit und Stummheit in Civilsachen.

Als blödsinnig werden diejenigen bezeichnet, welche von Jugend an ihrer gesunden Vernunft beraubt sind. Wahnsinnige nennt das Gesetz solche, deren Verrücktheit aus zufälligen Ursachen entstanden ist, diese Krankheit kann sich manchmal bis zur Raserei

[1]) Dieselbe ist dem Handbuche „Otscherk sudebnoi psychologii“ (Handbuch der gerichtlichen Psychologie) von A. U. Frese, Kasan 1874 entnommen.

[2]) Der geehrte Herr Verf. stellte uns gefälligst das bezügliche Material in so umfangreicher Weise zu Gebote, dass wir nur einen erschöpfenden Auszug geben können, welcher aber alles Wichtigere und alles, was die Fachärzte unmittelbar interessirt, enthält. Die Red.

steigern, und sowohl der Gesellschaft, wie dem Kranken selbst Schaden zufügen, und daher bedürfen solche Kranke einer besonderen Aufsicht. Die Bestimmungen und Gesetze über Untersuchung der Blödsinnigen beziehen sich auch auf von Geburt schwachsinnige Personen. Das Gesetz, welches einen Unterschied zwischen Blödsinnigen und Wahnsinnigen macht, unterscheidet jedoch nicht die partielle Verrücktheit von den allgemeinen Störungen der geistigen Fähigkeiten. Die Aerzte sind gehalten, in ihren gerichtlich-medicinischen Gutachten nur diese Ausdrücke zu gebrauchen.

Jeder Familie, welche Blödsinnige oder Wahnsinnige zu den ihren zählt, ist es gestattet, davon der Ortsbehörde Anzeige zu machen. Wird der Gouverneur durch die Familie angegangen, eine Vormundschaft über einen Blödsinnigen oder Wahnsinnigen zu errichten, oder erhält er auf anderem Wege sichere Nachricht, dass eine Person gemeingefährlich, oder auch nur nicht im Stande ist ihr Vermögen zu verwalten, so verfügt derselbe die Untersuchung auf Grund des Gesetzes.

Blödsinnige oder Wahnsinnige, die kein Verbrechen begangen, und nur wegen ihrer Heilung in einer Privatanstalt untergebracht worden sind, können nur dann laut der festgestellten Gesetze untersucht werden, wenn diess von ihren Verwandten, Vormündern, Curatoren oder Erben verlangt wird. Wenn Blöd- oder Wahnsinnige, ohne die vorhergehende formelle Untersuchung einer Privatanstalt übergeben werden, so ist der Besitzer derselben verpflichtet, die Orts-Medicinalbehörde unverzüglich davon zu benachrichtigen, welche es dem Gouverneur unterbreitet.

Die auf Verlangen der Familie oder Anordnung des Gouverneurs vorzunehmenden Untersuchungen von Blöd- und Wahnsinnigen (wie auch volljährigen Taubstummen und Stummen) geschieht durch Mitglieder der Gouvernements-Medicinalverwaltung (Medicinalinspector und sein Gehilfe) und andere dazu herbeigezogene Aerzte, im Beisein des Gouverneurs, Vice-Gouverneurs, Präses des Civilgerichtes und Gouvernements-Procurators, wozu auch noch eingeladen werden der Vorsitzende des Cameralhofes, wenn die Untersuchung Personen betrifft, die diesem Ressort untergeordnet sind, oder der Gouvernements-Adelsmarschall oder zwei Kreismarschälle, oder auch der Präsident oder Bürgermeister der Stadt nebst zwei Municipalräthen. Ist der zu Untersuchende ein im Militär dienender Adeliger, so muss eine Deputation von Seiten der Militärbehörde zugegen sein. Bei der Untersuchung von Bauern werden die ihnen vorgesetzten Behörden hinzugezogen.

An anderen Orten, wo die Gerichtsreformen des Jahres 1864 eingeführt sind, werden zur Untersuchung der Geisteskranken anstatt des Vorsitzenden des Civilhofes und des Gouvernements-Procurators, der Vorsitzende des Bezirksgerichtes und ein oder zwei in der Gouvernementsstadt wohnende Friedensrichter hinzugezogen.

Die Untersuchung kann in der Wohnung oder an dem zeitweiligen Aufenthalte des zu Untersuchenden in der Gouvernementsstadt stattfinden. Ist aber die Transferirung des Blödsinnigen oder Wahnsinnigen nach der Gouvernementsstadt mit Lebensgefahr für den zu Untersuchenden verbunden, so geschieht die Untersuchung an dem Wohnorte desselben durch den Medicinalinspector oder dessen Gehilfen und zwei von der Gouvernementsregierung dazu ernannte Aerzte. In solchen Fällen leitet die Untersuchung als Vorsitzender, wenn der zu Untersuchende ein Adeliger ist, der Gouvernements-Adelsmarschall oder dessen Vertreter mit Hinzuziehung des Kreis-Adelsmarschalls; ist der zu Untersuchende aber nicht adelig, so führt den Vorsitz der Ortsrichter, Kreisanwalt oder Polizeimeister mit Hinzuziehung des Bürgermeisters und zweier Stadträthe. Geschieht die Untersuchung am Wohnorte des Kranken, so hat derselbe die Reisekosten und andere Ausgaben den dahin beorderten Personen aus seinem Vermögen zu decken.

Die Untersuchung von Personen, welche im Auslande oder im (vorigen) Königreiche Polen einer Geisteskrankheit erlagen, wie auch die Constatirung ihrer Wiedergenesung erfolgt nach den Gesetzen des Landes, in welchem sie sich befinden. Von dem dirigirenden Senate hängt in solchen Fällen die Einsetzung oder Aufhebung der Bevormundung ab.

Die Untersuchung eines Blöd- oder Wahnsinnigen hat in einer strengen Untersuchung seiner Antworten auf die ihm gestellten Fragen, welche sich auf gewöhnliche Umstände und das häusliche Leben beziehen, zu bestehen. Sowohl die Fragen wie auch die darauf erfolgenden Erklärungen werden genau zu Protokoll genommen.

Die Zusammenstellung des Protokolles und Actes in Betreff der Untersuchung liegt der Medicinalverwaltung und der Gouvernementsregierung ob.

Stumme und Taubstumme werden mit erlangtem 21. Jahre in Beziehung auf ihre Dispositions- oder Zurechnungsfähigkeit untersucht. Es wird laut Gesetzes zuerst die Beantwortung der Frage verlangt, ob sie Bildung genossen oder nicht, ob sie geläufig ihre Gedanken und ihren Willen ausdrücken können, oder ob sie der Möglichkeit beraubt waren, sich Begriffe anzueignen und ihren Willen kundzugeben. Davon hängt es ab, in welchem Grade ihnen die Rechte, ihr Vermögen zu verwalten und darüber zu verfügen, zuerkannt werden. Ist der zu Untersuchende der Schriftsprache mächtig, so hat er seine Antworten eigenhändig niederzuschreiben.

Constatiren die Mitglieder des Untersuchungscomités das Vorhandensein des Blöd- oder Wahnsinns als wirklich vorhanden, so führen sie die Bevormundung nicht selbst aus, sondern berichten über Alles, was sie gefunden, dem dirigirenden Senate; bis zu dessen endgiltiger Resolution ergreifen sie jedoch die gesetzlichen

Mittel zur Versorgung des Geisteskranken und Sicherstellung seines Vermögens. Die Bestimmung aber über die erfolgte Untersuchung geisteskranker Bauern führt die Gouvernementsregierung selbst aus, ohne vorher den dirigirenden Senat davon benachrichtigt zu haben.

Die über den Blöd- oder Wahnsinnigen, wie auch Taubstummen oder Stummen, laut des Gesetzes verhängte Curatel und Bevormundung erfolgt durch den Familienrath. Die Verpflichtungen des Vormundes bestehen hauptsächlich in der Fürsorge für die Person und deren Gesundheit, wie auch in der Verwaltung des Vermögens derjenigen Person, welche in Folge einer Geistesstörung unter Vormundschaft steht. Für den Schaden und den Verlust, wie auch die Verbrechen oder Vergehen Blöd- oder Wahnsinniger verantworten diejenigen, denen laut Gesetzes die Aufsicht übergeben ist.

Die laut Senatsbeschlusses erkannten Blöd- und Wahnsinnigen werden der Fürsorge ihrer nächsten Verwandten übergeben, wollen jedoch die Verwandten die Fürsorge nicht übernehmen, so werden sie in Irrenanstalten untergebracht. Das Vermögen Blöd- oder Wahnsinniger wird ihren Erben zur Verwaltung übergeben; jedoch mit der Bedingung, zu Lebzeiten des eigentlichen Besitzers nichts davon zu verkaufen oder zu versetzen, wie auch mit der Verpflichtung, den Mehrertrag, nach Abzug der gesetzlichen Ausgaben, ganz und vollständig zu erhalten. Die Uebergabe des Vermögens an die Verwandten, die Darlegung von Rechenschaftsberichten und Entschädigung für die Mühewaltung, erfolgt nach denselben Gesetzen. wie dies bei Minderjährigen stattfindet.

Wenn ein laut gesetzlicher Untersuchung für geisteskrank Constatirter seine Gesundheit wieder erlangt, so erfolgt nach der Anzeige davon, oder laut Verordnung des Gouverneurs eine abermalige Untersuchung nach den vorgeschriebenen Regeln. Wird die Genesung anerkannt, so erfolgt darüber ein Bericht an den dirigirenden Senat, dessen Resolution eingeholt wird. Bis zur Erlangung dieser Resolution muss dem Genesenen volle Freiheit gegeben werden, ohne jedoch sein Vermögen von der Bevormundung zu befreien. Ausser dieser formalen Constatirung der Genesung können andere Bescheinigungen nicht als rechtsgiltig angesehen werden.

Es ist nicht gestattet, mit Blöd- oder Wahnsinnigen Ehebündnisse einzugehen. Solche Ehebündnisse werden nicht als giltig anerkannt, wenn Eines oder das Andere während dieses Actes sich im Zustande der Geisteskrankheit befand. Dieses Verbot bezieht sich auf alle christliche Glaubensconfessionen. Klagen über Eheschliessung Geisteskranker gehören vor das Criminalgericht. Die Scheidung oder Anerkennung solcher Bündnisse und der Grad der Betheiligung Geistlicher an solchen Bündnissen gehört vor das geistliche Gericht (Consistorium). Derjenige aber, der den Zustand eines Wahnsinnigen oder dem Gesetze nach für blödsinnig erkann-

ten benützt, um mit demselben ein Ehebündniss einzugehen, verliert laut Gesetz alle Rechte seines Standes und wird zur Ansiedlung nach Sibirien verbannt.

Als Zeugen werden nicht anerkannt: Geisteskranke und solche, die weder mündlich noch schriftlich sich erklären können, ebenso auch Personen, welche in Folge von Störung der Geistesfähigkeiten sich, laut Verordnung der entsprechenden Behörde, in Untersuchung oder ärztlicher Behandlung befinden; ebenso auch solche, welche in Folge physischer oder geistiger Gebrechen keinen Begriff von dem zu beweisenden Umstande haben können. Als beeidigte Zeugen werden weder Blöd- noch Wahnsinnige oder Taubstumme zugelassen.

Da alle Testamente, sowohl notarielle wie auch im Hause entworfene, im Zustande der gesunden Vernunft und bei gutem Gedächtniss verfasst sein sollen, sind ungiltig: die Testamente Blödsinniger, Wahnsinniger und der Vernunft Beraubter, wenn dieselben während der Geistesstörung ausgeführt wurden, auch dann, wenn die Krankheit nicht officiell constatirt worden war. Die Unterschrift der Zeugen soll auch bestätigen, dass alle persönlich den Testator gesehen und sich von dessen gesunder Vernunft und Gedächtniss überzeugt haben.

Vom Rechte der Beerbung laut Gesetzes (ohne Testament) können solche Personen nicht ausgeschlossen werden, welche an einem physischen oder geistigen Gebrechen leiden — Taubstumme, Taube und Blödsinnige.

Als Grund gesetzlichen Nichterscheinens vor Gericht gilt Geistesstörung; jedoch ist das Gericht verpflichtet, den wirklichen Grund dieses Hindernisses zu bestätigen und in Erwägung zu ziehen, ob der Processirende einen Bevollmächtigten schicken konnte oder nicht. Die Verhandlungen sowohl vor dem Friedensrichter wie überhaupt vor dem Gerichte werden unterbrochen, sobald einer oder der andere der Processirenden oder ihr Bevollmächtigter geisteskrank erscheint. Der Procurator (Staatsanwalt) fällt seine Meinung in Sachen der Taubstummen und Geisteskranken. Der Eid wird bei Processirenden in solchen Angelegenheiten nicht zugelassen, wobei Personen betheiligt sind, denen es nicht gestattet ist, frei über ihr Vermögen zu verfügen.

Für alle diejenigen, welche in Folge geistiger oder physischer Gebrechen bevormundet werden, führen die Eltern oder Vormünder die Klagen, wie auch die Verantwortung vor Gericht. Die Strafen für ungesetzliche Klagen der Vormünder in Angelegenheiten Blödsinniger werden aus dem Vermögen der Blödsinnigen bezahlt. Als Geschworene können nicht auftreten: Blinde, Taube, Stumme und Personen, die ihrer Vernunft beraubt sind.

Acte in Betreff des Vermögens wie auch Anleihen dürfen nicht im Namen Blöd- oder Wahnsinniger ausgestellt werden. Ein

Verkauf ist nicht giltig, wenn er von Personen ausgeführt wird, welche unter gerichtlicher Bevormundung stehen, z. B. von Blöd- und Wahnsinnigen. Die den Act unterschreibenden Zeugen bescheinigen, dass die Personen, welche den Act vollzogen, bei Vernunft und Gedächtniss sind, daher können solche nicht als Zeugen auftreten, denen das Gesetz verbietet, selbst Acte vor Gericht zu vollziehen.

Es sind noch bezüglich Geisteskranker und Taubstummer so wie Stummer eine Reihe verschiedener Detailbestimmungen bezüglich Verjährung, Besitzschutz u. s. w. vorhanden, deren wesentlicher Inhalt sie den Minderjährigen gleichstellt.

(Fortsetzung folgt.)

Beiträge zur Kenntniss der Paralyse.

Von Dr. H. Schüle.

(Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. 32. Bd. 6. H.)

(Schluss.)

Im Folgenden wirft Verf. die Frage auf, ob der jeweiligletzte und entscheidende Paralyseanfall der vorherigen Psychose zugehört, und kommt zum Schlusse, dass, obwohl man sich darüber nicht täuschte, dass jeder der drei Fälle eine ernstere Hirnaffection repräsentire, von drohender Paralyse keine Ahnung aufkommen konnte, weil jedes Zeichen motorischer Störung fehlte. Wir glauben den Anschauungen des Verfassers nicht entgegenzutreten, wenn wir doch auch die anfängliche Erkrankung schon dem Processe der Paralyse angehörig betrachten und die Zeit der scheinbaren Genesung als Remissionen, wie sie ja auch im Verlaufe typischer Paralysen vorkommen, betrachten. Ganz einverstanden sind wir mit der Ansicht des Verf., dass die Hoestermann'schen Fälle von sogenannter secundärer Paralyse als Complication zu Verrücktheit hinzugetreten, sich von seinen drei Fällen wesentlich unterscheiden, denn dort kommt zu einer bestehenden Psychose eine zweite, gerade so wie ja auch in anderen Organen, als im Gehirne sich mehrere Processe combiniren können und hier bildet die erste, wenn auch scheinbar nur für sich allein bestehende Psychose gewiss nur das Anfangsstadium des später seinem ganzen Symptomencomplex nach klar vortretenden Paralyseprocesses.

Wie schon im Eingange erwähnt, ist es gewiss Aufgabe des klinischen Studiums, durch genaue Beobachtung der Symptome und genaue Obductionen und des Zusammenhaltens beider den Sammelnamen Paralyse zu sichten; zu weit jedoch, glauben wir, geht der Verf. heute schon „die Meningo-Periencephalitis chronica der typischen Grössenwahngruppe oder die cystoide Hirndegeneration und colloide Gefässumwandlung als charakteristisch der hypochondrischen Form der Paralyse“ zu vindiciren. Die näheren anatomischen Ausführungen

dieser Ansicht mögen in dem Aufsatze selbst nachgesehen werden, ebenso die Ansichten des Verf. über die anatomische Grundlage der convulsivischen Anfälle der Paralytiker.

Zum Schlusse des Aufsatzes bringt Verf. eine genaue Krankengeschichte des so seltenen Falles eines geheilten, oder sagen wir lieber eines gesund gewordenen Paralytikers, welche wir in Kürze anführen wollen [1]). Ein 44jähriger Secretär kam im Juni 1867 wegen rasch überhandnehmender tobsüchtiger Aufregung mit Verschwendungssucht nach Illenau. In letzter Zeit hatten ihn Gemüthsbewegungen und forcirte Nachtarbeiten angegriffen; heftiges Kopfweh mit Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit war vorausgegangen. In der Anstalt wurden motorische Störungen beobachtet, Sprachstörung, ungleiche Innervation der schlaffen Gesichtszüge, ausserdem rascher Stimmungswechsel, krankhaft potenzirtes Selbstgefühl, phantastischer Grössenwahn, unendliches Wohlgefühl, keine Spur von Krankheitsbewusstsein. Einige Wochen später tritt eine Remission der psychischen Symptome ein, Pat. fühlt sich krank, erinnert sich jedoch vollständig an die in der Tobsucht geäusserten Grössenwahnideen. Anfangs November traten mannigfache Sensationen im ganzen Körper auf, die den Kranken tief hypochondrisch deprimirten; besonders Geruchshallucinationen quälten denselben. Im Jänner kamen delirirende und stuporöse Zustände, Anfangs März ein Anfall von Bewusstlosigkeit mit nachfolgenden Convulsionen, darnach vollständiger Stupor und körperlicher rapider Verfall. Die verschiedensten Wahnideen — Grössen- und Verfolgungswahn, hauptsächlich jedoch hypochondrische Wahnideen — quälten den Kranken; Mitte April 1868 traten Symptome von Lungengangrän auf. Jedoch auch davon erholte sich Patient, ebenso stieg langsam die Körperernährung und allmälig und unvermerkt besserte sich auch der psychische Zustand, am längsten blieb eine grosse gemüthliche Reizbarkeit bestehen. Im November 1868 entwich Patient von der Feldarbeit nach Hause, wurde da monatelang von Seite der Familie hingebenst gepflegt und nach Jahresfrist kamen günstige Nachrichten. Im Frühling 1870 besuchte der ehemalige Kranke selbst die Anstalt und dem Verf. persönlich erschien derselbe, eine gewisse Hast im Benehmen abgerechnet, natürlich. Durch die fünf folgenden Jahre lebte der Genesene als geachteter Bürger seiner Berufsthätigkeit.

Verf. bemerkt nur noch, dass der geheilte Paralytiker ein langjähriger Rheumatiker war und erwähnt, dass gerade der Umstand vielleicht den Fall begreiflicher mache.

Dr. Schlangenhausen.

---

[1]) Vergl. Psychiatr. Centralbl. Jahrg. 1875 Nr. 1. S.-R. Dr. Gauster: „Ueber einen Fall geheilten paralytischen Irrsinns.“ Mittheilungen desselben über geheilte progressive Paralyse in der Sitzung vom 28. Juni dieses Jahres, und in dieser Nummer.

Irrenstatistik in Oesterreich-Ungarn.

I. Aus der k. ungarischen Irrenanstalt in Buda-Pesth.

Von Director Dr. Schnirch.

Herr Director Schnirch hat uns freundlichst eine reiche statistische Uebersicht der ihm unterstehenden Anstalt vom 6. December 1868 bis letzten December 1874 zur Verfügung gestellt, die aber so umfassend ist, dass wir sie nur bruchstückweise veröffentlichen und nur bei einer Reihe von statistischen Nachweisungen unseren Lesern die theilweise von uns berechneten relativen Verhältnisse mittheilen können. D. Red.

1. Allgemeine Bewegung.

	M.	W.	Zus.	In Procenten M.	W.	Zus.
Vom 6. December 1868 bis 31. December 1874 wurden aufgenommen .	1056	778	1834			
Von diesen wurden:						
geheilt entlassen	179	184	363	16·9	23·6	19·7
gebessert entlassen	63	90	153	5·9	11·5	8·0
ungeheilt sind abgegangen	254	112	366	24·0	14·3	19·9
gestorben sind	302	135	437	28·6	17·3	23·8
Summe des Abganges .	798	521	1319			
Verbleiben am 31. December 1874 in Behandlung	258	257	515			

2. Nach den Jahren zeigten sich die Zuwächse folgender Art:

1868	45 M.	48 Fr.		1872	144 M.	101 Fr.	
1869	242 „	169 „		1873	157 „	121 „	
1870	173 „	125 „		1874	131 „	104 „	
1871	164 „	100 „					

3. Anzahl der Verpflegstage nach den Jahrgängen.

Jahrgang		I. Classe	II. Classe	III. Classe	Summa
Im Jahre	1868	.	29	2.165	2.194
„ „	1866	.	4.180	92.179	96.359
„ „	1870	200	8.341	151.624	160.165
„ „	1871	822	12.094	158.078	170.994
„ „	1872	566	13.135	158.313	172.014
„ „	1873	137	18.670	162.723	181.430
„ „	1874	749	18.303	169.791	188.843

4. Die Ausgaben in den Jahren 1869 bis 1874 betrugen 1,268.790 fl. 57½ kr., von welchen 1,020.392 fl. 96½ kr. aus der Institutskasse, 248.397 fl. 61 kr. von Privatpersonen bedeckt wurden.

Es würde demnach ein Verpflegstag im Durchschnitte auf 1 fl. 30 kr. gekommen sein.

(Fortsetzung folgt.)

II. Steiermärkische Landes-Irrenanstalt Feldhof.

Mitgetheilt von Director Dr. v. Krafft-Ebing.

Gesammtbewegung.

Jahr	Stand am 1. Jänner		Aufnahme		Abgänge								Summa der Abgegangenen	Summa der Verpflegten
					genesen		gebessert		ungebessert		gestorben			
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.		
1872	116	112	87	84	17	28	.	.	37	31	43	40	176	399
1873	106	97	146	124	31	25	21	32	20	7	50	25	211	473
1874	130	132	171	155	40	45	16	23	24	38	41	18	245	588
1875	180	163	121	122	20	35	32	25	33	26	35	15	221	586

Krankheitsformen der Aufgenommenen.

Jahr	Manie		Melancholie		Primäre u. secundäre Verrücktheit		Blödsinn		Paralyt. Irresein		Epilept. Irresein	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
1874	34	30	18	34	29	41	38	38	42	8	10	4
1875	20	37	21	37	22	25	9	12	38	7	11	4

Krankheitsformen der Abgegangenen.

Jahr	Art des Abgangs	Manie		Melancholie		Verrücktheit		Blödsinn		Paralyt. Irresein		Epilept. Irresein	
		M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr	M.	Fr.	M.	Fr.
1873	genesen	22	16	9	9	.	.	.	.	.	.	.	.
	gebessert	8	2	6	21	1	5	2	3	.	.	4	1
	ungebessert	2	.	3	1	4	3	9	2	2	1	.	.
	gestorben	7	4	2	3	1	1	16	13	20	2	4	2
1874	genesen	24	21	16	24	.	.	.	.	.	.	.	.
	gebessert	2	4	4	6	3	12	.	.	3	.	4	1
	ungebessert	.	.	.	1	6	14	13	20	2	3	3	.
	gestorben	4	3	3	1	1	4	7	6	23	3	3	1
1875	genesen	15	19	5	16	.	.	.	.	.	.	.	.
	gebessert	5	3	4	12	12	4	5	5	4	.	.	.
	ungebessert	2	3		2	8	4	12	15	7	2	4	.
	gestorben	2	1	1	1	6	4	6	7	20	2	.	.

Verpflegsdauer der Abgegangenen.

Jahr	bis 1 Monat		1—3 Monate		3—6 Monate		6—9 Monate		9—12 Monate		1—2 Jahre		2—3 Jahre		3—5 Jahre		über 5 Jahre		Summa
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
1873	17	19	28	24	24	11	13	10	12	8	12	6	11	4	1	1	4	6	211
1874	26	13	29	36	28	23	17	11	6	11	7	17	3	7	4	2	1	4	245
1875	13	4	17	17	20	24	15	12	17	13	18	22	11	6	4	1	5	2	221

Lebensalter der Verpflegten.

Jahr	Jahre																								Summa
	15-20		21-25		26-30		31-35		36-40		41-45		46-50		51-55		56-60		61-65		66-70		71-75		76-80		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
1873	3	9	19	25	33	27	48	31	37	30	31	47	34	20	27	23	10	3	6	4	4	.	.	.	.	2	473
1874	13	13	18	31	43	46	58	39	39	46	45	43	38	26	23	19	13	13	7	6	3	3	1	1	.	1	588
1875	12	10	18	25	47	41	53	49	36	42	48	42	38	23	27	27	14	13	6	9	1	3	.	1	1	.	586

Stand der Verpflegten.

Jahr	Ledig		Verheirathet		Verwitwet		Summa
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
1873	164	138	70	64	18	19	473
1874	198	174	96	84	7	29	588
1875	186	171	110	85	5	29	586

Nationalität der Verpflegten.

Jahr	Steiermark	Kärnthen	Krain	Küstenland	N.-Oesterreich	O.-Oesterreich	Salzburg	Tirol	Mähren	Böhmen	Schlesien	Galizien	Transleithanien	Dalmatien	Deutschland	Italien	Frankreich	Türkei
1873	398	24	12	7	5	1	1	1	3	8	.	.	13	.	4	1	.	.
1874	443	24	11	8	18	5	14	3	5	8	3	11	20	.	3	8	3	1
1875	458	21	8	10	17	2	14	2	6	11	1	11	18	1	1	7	2	1

Beruf der Verpflegten.

Jahr	Private		Taglöhner und Bauern		Handwerker		Lehrer		Aerzte	Geistliche	Beamte	Militär	Kaufleute	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.					M.	Fr.
1873	12	43	137	152	69	18	5	2	2	3	14	5	5	1
1874	18	69	174	214	69	.	3	4	2	5	18	4	8	.
1875	25	78	189	201	90	8	4	2	2	2	21	6	12	1

Krankheitsursachen der im Jahre 1875 Aufgenommenen.

Zahl der Aufgenommenen		Hereditär		Pubertät		Klimacterium		Puerperium		Angeborene Hirnstörung u. Neuropath.		Alters-Atrophie des Gehirns		Moralische Ursachen		Alkohol- und sexuelle Excesse		Uebermässige Anstrengung, Kampf ums Dasein		Acute Krankheiten		Chronische Krankheiten		Trauma capitis		Gefängniss		Isolation		Onanie		Unbekannt	
M.	Fr.	M.	F.	M.	F.	F.		F.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
121	122	39	44	.	5	5	15	16	22	2	6	6	16	46	10	2	3	1	4	2	.	10	1	2	.	2	.	5	.	39	

Buchschau.

Zukunftsmedizin oder Anleitung, sich selbst der beste Arzt zu sein, d. h. Krankheiten zu verhüten. Von Dr. G. (Hygin) Voigt. 2. Heft. Alfred Krüger, Leipzig 1876.

Die Verlagshandlung hat uns das 2. Heft dieses Werkes zur Besprechung übersandt; jedenfalls muthet man uns gewissenhafte Objectivität zu, da das Büchlein eigentlich eine Streitschrift gegen die Mehrzahl der Aerzte ist. Wir sind auch gewissenhaft genug, zu constatiren, dass das Heftchen neben sehr feuilletonistischer und oft nichtssagender Behandlung (vide Migräne z. B.) so manche Wahrheiten enthält, die aber kürzer gesagt, bei Denkenden, und für solche kann doch nur eine populär-wissenschaftliche Darstellung Sinn haben, besseren Erfolg erzielen würden. Es muss sich auch bei aller Leichtigkeit und Annehmlichkeit der Darstellung in solchen Arbeiten immer ein wissenschaftlicher Ernst und ohne Pedanterie eine gewisse Ordnung des Gegenstandes finden, die wir hier mehrfach vermissen. Der Verfasser meint es übrigens gut und kämpft für eine Idee, der ihr Recht bei Vertiefung und Verbreiterung naturwissenschaftlicher Bildung und naturwissenschaftlichen Denkens im Volke sicher wird. Darum streiche der Verfasser seine Migräne-Causerie und ein und das andere; dass die Männer nicht an Migräne leiden, ist wohl nur ein feuilletonistischer Spass des Verfassers? Der Aufsatz über Gehirnschlag bietet den Laien viel Beherzigenswerthes. G.

Notizen.

Geisteskranke Strafgefangene. Der Verein deutscher Irrenärzte hat an das Reichskanzleramt das Petitum gestellt, beim Strafvollzugsgesetze dafür zu sorgen, dass geisteskranke Strafgefangene in Anstalten untergebracht werden, die mit Strafanstalten in unmittelbarer Verbindung und von sachverständigen Aerzten geleitet sind, indem in eingehender Motivirung diese Kranken als ganz ungeeignete Elemente der öffentlichen Irrenanstalten bezeichnet, dieselben aber einer sorgsamen psychiatrischen Fürsorge bedürftig erkannt werden. Dabei könne für eine Reihe von Schwach-

sinnigen und an psychischen Defecten Leidenden in prophylaktischer Fürsorge der Verfall in schwerere Störungen hintangehalten werden; auch sei auf diesem Wege eine raschere und leichtere Uebersetzung geisteskranker Sträflinge in entsprechende Verhältnisse möglich, und die Sicherheit der Verwahrung und gegen Simulation wesentlich vermehrt. Man hofft davon auch einen wohlthätigen Einfluss auf die psychiatrischen Anschauungen der Anstaltsbeamten und der Strafanstaltsärzte, da namentlich in zweifelhaften Fällen für erstere von vornherein die Anschauung versuchter Simulation häufig massgebend ist.

Der Verein sprach sich entschieden gegen centrale Verbrecherasyle aus, in denen geisteskranke Häftlinge und durch Geisteskrankheit bedingte Verbrecher untergebracht werden sollen.

Derselbe glaubt endlich, dass die betreffenden geisteskranken Strafgefangenen entweder einfach durch Dislocation in den Strafanstalten oder durch Verwendung einer solchen blos zu psychiatrischen Zwecken ohne besondere Kosten untergebracht werden können.

Diese Frage ist auch für Oesterreich wichtig, das seine geisteskranken Strafgefangenen in die öffentlichen Irrenanstalten sendet, wo sie auf die andern Kranken nachtheilig einwirken, bei freier Behandlung nicht entsprechend verwahrt werden können ohne allseitig verletzenden Bruch des Systems, und selbst mannigfachen ungünstigen Einflüssen ausgesetzt sind.

Diese Erwägung bewog auch vor einiger Zeit die hiesige Landesirrenanstalt in dieser Richtung ihrer vorgesetzten Behörde Vorstellungen zu machen und die Aerzte derselben einigten sich über diessbezüglicher weiterer Gutachtens-Einholung durch den niederösterr. Landesausschuss vor einiger Zeit dahin, dass Strafgefangene, die geisteskrank wurden, nicht in öffentlichen Irrenanstalten, sondern in eigenen durch Fachmänner geleiteten Abtheilungen der Strafhäuser untergebracht werden sollen. Da aber in zweckmässiger Weise bei jeder Strafanstalt eine solche Irrenabtheilung nicht hergestellt werden kann, so soll bei einer, oder nach localen Verhältnissen bei einigen grösseren Strafanstalten, die entsprechend central für die ihnen zuzuweisenden Sprengel liegen, eigene dem Zwecke angemessen eingerichtete Irrenabtheilungen hergestellt werden. Eine eigene Verbrecherirrenanstalt für ganz Oesterreich wurde aus localen und anderen Gründen nicht zweckmässig befunden.

Damit aber diese humane, praktische und dabei auch von jeder humanitären Ueberschwänglichkeit freie Anschauung vom massgebenden Orte auch zur Geltung gebracht werde, ist vor Allem nöthig, dass eine verlässliche Statistik in Strafhaft geisteskrank gewordener Verbrecher zu Stande kommt. Was wir in dieser Hinsicht selbst bei Zellengefängnissen in Erfahrung brachten, stimmt nicht mit den bekannten Mittelzahlen anderer Länder und macht uns glauben, dass entweder in Beobachtung oder Erkenntniss grosse Lücken vorhanden seien.

Es wäre sehr angezeigt, wenn eingehende Studien, womöglich durch Fachmänner zuerst in Zellengefängnissen und dann in den anderen Strafanstalten über die Zahl und den Grad, sowie über die Form der vorhandenen Psychosen und psychischen Defecte angestellt würden. In erster Linie wäre zur Erleichterung dieser Studien und zur Information der Anstaltsleiter und Anstaltsärzte in jedem Falle eine genaue Anamnese vom psychiatrischen Standpunkte nöthig, die für Untersuchungs- und Strafgefangene mit seltenster Ausnahme fehlt. Höchstens kümmert man sich um die sogenannten moralischen Ursachen des moralischen Verfalles oder Sturzes; um die Beschaffenheit, Entwicklung, Beeinflussung des ganzen Organismus in seinen

gesammten organischen Beziehungen kümmert man sich nur in verschwindend kleiner Zahl von Fällen. Der Strafhausleiter, ebenso wie der Strafhausarzt haben es mit dem ganzen Menschen zu thun, dem gegenüber sie nicht bloss die Sühne des öffentlichen Rechtes, sondern auch die Möglichkeit der Besserung, moralischer Erhebung, im Auge behalten müssen. Sie sollen daher den ihnen Anvertrauten in allen seinen psychischen und physischen Beziehungen kennen; damit wird auch ihr Auge für angeerbte und erworbene Defecte und pathologische Störungen geschärft werden.

G.

Der Bau der Landesirrenanstalt in Klagenfurt schreitet rüstig vorwärts und wird bald beendet sein. Auch in Dobřzan in Böhmen ist man thätig. Der böhmische Landesausschuss beschäftigt sich eben mit Vergebung der Arbeiten für Heizung. Ventilation u. s. w., in welcher Angelegenheit der Herr Referent Sanitätsrath Dr. Tedesco vor Kurzem in Wien war.

Die eigene Regie bei der Verköstigung in Anstalten hat endlich auch in unserem Vaterlande festeren Fuss gefasst und die traurigen Versuche im Wiener allgemeinen Krankenhause u. s. w. sind in neuerer Zeit durch glänzende Erfolge in der Irrenanstalt Feldhof und den Grazer Landes-Wohlthätigkeitsanstalten der Macht anscheinender principieller Bedeutung gegen eigene Regie beraubt. Ein patriotischer Oesterreicher muss sich immer schämen, dass man ihn für zu ungeschickt oder zu schlecht zur Durchführung des Grundsatzes hält, da doch im Auslande fast überall mit weniger Kosten und weniger Beamtenaufwand dasselbe, und an vielen Orten viel Besseres erzielt wird, als durch unser System anscheinend billiger, thatsächlich sehr theurer Pächter, denen man zum Theile bedeutende Gewinne gönnt, deren Hälfte unseren Kranken schon eine bessere und nahrhaftere Kost verschaffen würde, als sie jetzt bekommen. Krafft-Ebing in Feldhof in erster Linie und Director Lipp des Grazer Landesspitals gebührt das Verdienst, praktisch den Werth dieses Systemes auch den österreichischen Verwaltungsorganen klarzustellen. Wir werden nächstens darüber uns eingehend aussprechen.

Personalien.

Dr. E. Stefanides trat am 15. August aus der Landes-Irrenanstalt in Wien aus. Dr. Zapory erhielt die dadurch erledigte Stelle eines Secundararztes.

Dr. Fritsch wurde Assistent an der psychiatrischen Klinik des Prof. Reg.-R. Meynert im allgemeinen Krankenhause in Wien.

Secundararzt Dr. v. Marczell kommt von der Landes-Irrenanstalt in Ybbs in die Landes-Irren-Siechen- und Versorgungsanstalt zu Klosterneuburg, so dass dort künftighin nur ein, hier zwei Secundarärzte sich befinden werden.

Von den Jahrgängen 1871—1874 sind noch vollständige Exemplare (zusammen um fl. 4.—, einzeln à 1 fl. 50 kr.) zu beziehen.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).

18. November 1876. Nr. 10.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. **Moriz Gauster** und Reg.-R. Prof. Dr. **Theodor Meynert.**

Preis des Jahrganges **2 fl. 50 kr.**, mit Postversendung **3 fl.** Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. **Moriz Gauster**, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. **Meynert**, IX. Mariannengasse 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Fritsch: Ueber einen Fall von Atrophie der einen Grosshirn- und der entgegengesetzten Kleinhirnhemisphäre. — Laufenauer: Zur Casuistik der aneurysmatischen Gefässveränderungen Geisteskranker. — Rothe: Irren-Gesetzgebung Russlands (Fortsetzung). — Aus dem Vereine: Protokoll der Sitzung vom 25. October 1876.

Ein Fall von Atrophie der einen Grosshirn- und der entgegengesetzten Kleinhirnhemisphäre.

Mitgetheilt von Dr. Fritsch, Assistent an der psych. Klinik des Herrn Reg.-R. Prof. Meynert *).

Am 18. August d. J. wurde auf die psychiatrische Klinik eine 24jährige Private wegen angeblicher Tobsucht aufgenommen; selbe ist klein, gut genährt, von gedrungenem Körperbau, blasser Hautfarbe. Schädelformation von der Norm nicht abweichend; horizontaler Schädelumfang 535 Mm. (nach Abzug des von Bischoff berechneten für den Frauenschädel auf Haut und Haar entfallenden Antheiles von 25 Mm.), beide Pupillen mässig weit, gleich, prompt reagirend, rechter Mundwinkel schwächer innervirt, Zunge merkbar nach rechts abweichend; Druck der rechten Hand auffallend schwächer, die rechte untere Extremität abgemagert; Gang etwas unbeholfen, Sensibilitätsstörungen nirgens nachweisbar. Die mit erschwerter Articulation hervorgebrachten Aeusserungen der Patientin tragen den Stempel hochgradiger psychischer Schwäche.

Anamnestischen Daten zu Folge war die Mutter der Patientin während ihrer 4. Schwangerschaft der Einwirkung eines heftigen Schreckens ausgesetzt, während die drei ältesten Geschwister der

*) Vorgetragen im Verein f. Psych. am 25. October d. J.

Patientin gegenwärtig noch am Leben und seit Kindheit vollkommen gesund sind, starben nun nach einander 7 Geschwister, sämmtlich wenige Wochen nach der Geburt, unter Convulsionen, nur das jüngste — von Geburt an künstlich ernährt — blieb hievon frei. Unsere Patientin, dem Alter nach das 7. Kind, hatte seit frühester Kindheit in 2—4wöchentlichen Pausen auftretende Anfälle von Convulsionen; sie lernte zwar rechtzeitig gehen, fing jedoch erst mit dem 4. Jahre an mühsam zu sprechen, zeigte nur sehr geringe intellectuelle Anlage, so dass man erst mit ihrem 10. Jahre den Versuch machte sie in die Schule zu schicken; nur mit Mühe lernte sie ihren Namen schreiben, mit dem Lesen und Rechnen ging's sehr schlecht; was man ihr mühsam beigebracht, war binnen Kurzem wieder vergessen. Immer reizbarer Natur, jähzornig, suchte sie gerne Händel, war für jede geordnete Beschäftigung unzugänglich, vertrieb sich die Zeit meist mit unnützen Spielereien. Um das 12. Jahr herum machte sich allmälig eine Schwäche der gesammten rechten Körperhälfte bemerkbar; das Festhalten von Gegenständen mit der rechten Hand erforderte einige Anstrengung, was beim Essen, bei Schreibversuchen besonders deutlich hervortrat. Damit Hand in Hand gehend beobachtete man ein Zurückbleiben der Entwicklung an jener Körperhälfte, insbesondere der unteren Extremität. Gang und Sprache erschienen erschwert. Mit Eintritt der Periode im 16. Lebensjahre nahmen die seit Jugend bestehenden epileptiformen Anfälle an Intensität bedeutend zu; erst später traten statt derselben leichtere Ohnmachtsanfälle auf. In ihrem psychischen Verhalten zeigte sich keine Besserung; ihre ganze Thätigkeit reducirte sich auf ihre Körperpflege, der sie eine übertriebene Aufmerksamkeit angedeihen liess, auf Tändeleien etc. In ihrem Umgange wird sie als misstrauisch, streit- und rachsüchtig geschildert. In letzterer Zeit habe sie oft verwirrt gesprochen, sich nicht ordentlich zurecht gefunden, ward mehrmals bis zur Tobsucht aufgeregt, wollte durchs Fenster hinausspringen, um in die andere Welt zu kommen, dort würde sie glücklicher sein.

Während ihres Aufenthaltes auf der Klinik gibt Patientin auf an sie gerichtete Fragen fast constant zur Antwort: sie könne sich nicht mehr erinnern. Dagegen zählt sie — ohne befragt zu sein — wiederholt die Namen ihrer Geschwister auf, erzählt, wo sie geboren, in die Schule gegangen, wo ihre Eltern wohnen; ist zeitweise etwas erregt, singt. Am 7. September trat Temperatursteigerung bis 39° C. und Pulsbeschleunigung auf. Sensorium benommen, rechte Pupille weiter, Schlingbeschwerden, Sprache lallend, kaum verständlich, wiederholte leichte Convulsionen der oberen Extremitäten. Hiezu gesellten sich im weiteren Verlaufe unter andauerndem Fieber Husten, Rasselgeräusche über den Lungen, Blasenlähmung. Nachdem Patientin vorübergehend etwas klarer erschien, trat am 19. neuerdings Temperaturerhöhung auf 39·6°, psychische Benommenheit auf; die Kranke

sprach unverständliche Worte vor sich hin, nahm nur sehr wenig und mühsam flüssige Nahrung zu sich, war hyperästhetisch gegen Berührung. Unter zunehmender Somnolenz und Temperatursteigerung auf 40·6 erfolgte am 23. September der Tod durch Lungenödem.

Die von Herrn Dr. Breus am 24. im pathologisch-anatomischen Institute vorgenommene Section ergab folgenden Befund:

Weiche Schädeldecken von gewöhnlichem Blutgehalte, Schädeldach 18 Ctm. lang, 14 Ctm. breit, das Scheitelbein der linken Seite an der dicksten Stelle 16 Mm. dick, das der rechten Seite ebenso gemessen 6 Mm. dick, die Diploë sehr breit und blutreich. Die äussere Oberfläche des Schädeldaches glatt, die innere besonders am Stirnbein und der linken Seite überhaupt unregelmässig, wulstig, die Dura mater schlaff. Im Sinus falciformis major etwas flüssiges Blut, die inneren Hirnhäute links mehr als rechts verdickt, ziemlich blutreich, ödematös.

Gesammtgewicht des Gehirnes sammt den Meningen 1100 Grm. Die rechte Grosshirnhemisphäre 18 Ctm. lang, die linke nur 15 Ctm. lang, überhaupt in allen Durchmessern kleiner als die rechte u. z. fällt die Volumsverringerung hauptsächlich auf Rechnung des linken Schläfe- und Hinterhauptlappens, so dass, während die Kuppen beider Stirnlappen nahezu in derselben Ebene liegen, der Lobus extremus des linken Occipitallappens von dem der rechten Seite um nahezu 3 Ctm. überragt wird; es zeigt sich in der Breite der Windungen und Furchen an den Frontallappen wenig Differenz, wogegen die Windungen des linken Temporal- und Occipitallappens bedeutend schmäler und kantiger, die Furchen zwischen ihnen breiter erscheinen, als dieselben der rechten Seite. Ebenso ist die Consistenz der Hirnsubstanz in den bezeichneten Partien eine bedeutend vermehrte gegenüber den Verhältnissen der rechten Grosshirnhälfte und des linken Stirnlappens. Die rechte Kleinhirnhemisphäre fast um die Hälfte kleiner als die linke, derber, consistenter anzufühlen als diese. Die Arterien an der Hirnbasis zart, klein.

Beide Lungen frei, blutreich, etwas ödematös, in beiden Unterlappen in lobulären Herden roth hepatisirt. Die Pleura über dem linken Unterlappen reich aufgefilzt, injicirt und ecchymosirt; im Pleurasacke dieser Seite etwa 0·5 Liter fibrinös-eitrigen Exsudates. Das Herz ziemlich contrahirt, seine Klappen zart.

Leber etwas fetthältig, Milz blassbraunroth. Nieren klein. Magen und Darm wenig ausgedehnt; Ovarien gekerbt; Uterus virginal. Diagnose: Sklerose und Atrophie des linken Temporal- und Occipitallappens, sowie der rechten Kleinhirnhemisphäre. Lobuläre Pneumonie in beiden Lungen; fibrinös-eitrige linksseitige Pleuritis.

Bei der Beantwortung der Frage nach der Pathogenese dieses Falles leiten uns vor Allem die auffallenden anatomischen Veränderungen — am Gehirn einerseits in Form von Atrophie — am Schädel andererseits in Form von Hypertrophie (Hyperostose); schon der im

Charakter dieser beiden Veränderungen gelegene Gegensatz lässt die Annahme eines ausserhalb derselben gelegenen, sie gleichzeitig bedingenden Factors unberechtigt erscheinen, so dass es sich nur um Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges beider handeln kann.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass wir im vorliegenden Falle die Primäraffection ausschliesslich ins Gehirn verlegen müssen. Schon der Sitz desselben in der einen Grosshirn- und der entgegengesetzten Kleinhirnhemisphäre, der mit anatomischen Verhältnissen — der Ungleichseitigkeit des durch den Brückenarm in der ihm entsprechenden Kleinhirnhemisphäre repräsentirten Hirnschenkels — in nothwendigem Zusammenhang steht, spricht für die Berechtigung dieser Annahme. Bekanntlich erscheinen im Querschnitte der vorderen Brückenabtheilung die Bündel des Hirnschenkels, der unmittelbaren Fortsetzung des Marklagers der Grosshirnhemisphären, als Längsbündel, die an ihrer Aussenseite von aus den entgegengesetzten Kleinhirnhemisphäre hervorgehenden Bündeln schlingenförmig umfasst werden und mit denselben durch Zellhaufen in Verbindung stehen, so dass wir es also mit einem zweifaserigen Uebertritt je einer Hirnschenkelfaser durch den entgegengesetzten Brückenarm in die Kleinhirnhemisphäre zu thun haben, — eine anatomische Anordnung, die uns das Uebergreifen der Atrophie des Grosshirns auf das entgegengesetzte Kleinhirn vollkommen erklärt.

Abgesehen hievon lässt die vorhandene exquisite Atrophie mit der raumbeschränkenden Schädlichkeit einer gegen das wachsende Gehirn vordringenden Knochenmasse sich keineswegs in Einklang bringen; im Gegentheile lässt sich nicht verkennen, dass dieselbe eine zur Ausfüllung des durch den Schrumpfungsprocess des Gehirns geschaffenen Vacuums bestimmte Masse darstellt, die in anderen derartigen Fällen durch seröses Exsudat in die Pia, den Arachnoidealsack, die Subarachnoidealräume, Verdickung der inneren Hirnhäute etc. ersetzt wird.

Fassen wir mit Rücksicht auf die anamnestischen Behelfe den ganzen Verlauf des angeführten Leidens ins Auge und fragen wir, aus welchem Processe die hier vorhandene Atrophie resultirt, so könnte man wohl an einen im Fötalleben bereits angesponnenen oder innerhalb der ersten Lebenstage acquirirten encephalitischen Process, eine periphere Encephalitis der linken Grosshirnhemisphäre denken. Allein bei dem weit über das von Welker auf 504 Mm. angegebene Mittelmaass hinausgehenden Horizontalumfang, der an sich ein kleines Hirn im Vorhinein ausschliesst, andererseits bei dem gleichzeitigen geringen Hirngewicht von 1100 Grm. ist die Annahme eines hydrocephalischen Processes um so näher gelegt, als wir gerade bei solchen oft ausgedehnte, aus entzündlichen Vorgängen abzuleitende Sklerosirungen namentlich im Gebiete des Hinter- und Unterhornes antreffen, deren Bedeutung gerade für unseren,

mehr auf die hinteren Abschnitte der Grosshirnhemisphäre beschränkten Fall evident erscheint.

Wenn wir auch, was die wichtigsten klinischen Erscheinungen dieses Falles betrifft, die deutlich ausgesprochenen Symptome von Hemiplegie aus dem Sitze sowohl, wie der Intensität der anatomischen Störungen vollkommen erklärlich finden, so können wir uns leider über den Antheil derselben an der Entstehung des hochgradigen Blödsinns keine bestimmte Anschauung bilden, da die seit der Jugend bestehende Epilepsie innerhalb so langer Zeit gewöhnlich mit derartiger Psychose sich combinirt; ebenso muss die erwähnte, anscheinend auf das Muskelgebiet der hemiplegisch erkrankten Körperhälfte beschränkte trophische Störung als eine gewiss nicht unwichtige, beim gegenwärtigen Stande dieser Frage vorläufig bemerkenswerthe Thatsache hingestellt werden.

Zur Casuistik der aneurysmatischen Gefässveränderungen Geisteskranker.

Mitgetheilt von Dr. C. Laufenauer in Wien *).

Im VI. Bande I. Heft des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten veröffentlicht Prof. Dr. Ludwig Meyer eine Abhandlung „Ueber aneurysmatische Veränderungen der Carotis interna Geisteskranker."

Der genannte Forscher legt seinen diessbezüglichen Beobachtungen, den Leichenbefund 30 Geisteskranker zu Grunde, bei denen er in der Carotis interna zumeist Arterio-Sklerose, Endarteritis chronica, in Folge dessen partielle, circumscripte Erweiterungen des Gefässrohres und auch in 8 Fällen vollständige sackförmige Aneurysmen, und zwar oberhalb der Theilungsstelle der Carotis communis constatiren konnte. Meyer knüpft nun an diese Fälle, wo die Erkrankung nicht zum Greisenalter, allgemeiner Endarteritis oder zu Herzkrankheiten schon a priori in einer ätiologischen Beziehung stünde, sehr interessante Erörterungen.

Der Verfasser sagt dabei am Ende seines Aufsatzes wie folgt: „Versuche während des Lebens an der Carotis interna die erörterten Veränderungen namentlich die Aneurysmen zu constatiren, haben bisher zu keinem der Mittheilung werthen Ergebnisse geführt. Jedoch glaube ich in einzelnen Fällen, in denen sich ein bleibendes und mehr rauschendes als blasendes systolisches Geräusch in der Höhe des Kehlkopfes fand, dieses eher auf jene Veränderungen,

---

*) Vorgetragen in der Sitzung des psychiatrischen Vereins am 25. October 1876.

als auf die sonst angenommenen Ursachen der Geräusche in den Halsgefässen beziehen zu sollen.«

Der folgende von mir beobachtete Fall dürfte nun nach meiner Meinung zu denjenigen Fällen gerechnet werden, wo schon im lebenden Individuum, eine aneurysmatische Entartung der Carotis interna oberhalb der Theilungsstelle der Carotis comm. mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen und auch diagnosticirt werden darf.

Die möglichst gedrängte Krankenskizze ist folgende: Frau Ther. K. 68 Jahre alt, Witwe, gebürtig aus Budapest, wurde in die budapester Privat-Irrenheilanstalt des Docenten k. Rath Dr. Franz Schwartzer am 11. April dieses Jahres aufgenommen.

Patientin ist Mutter zweier Kinder. In der Familie ist eine Disposition zu Geisteskrankheiten nicht vorhanden. Bis zum Jahre 1859 war sie stets gesund. In diesem Jahre hatte sie einen leichten melancholischen Anfall, vom dem sie aber im Kreise der Familie geheilt wurde. Im Jahre 1870 entstand allmälig an der rechten Carotis communis ein Aneurysma, was ihr jedoch sonst keine besonderen Unannehmlichkeiten verursachte, nur wurde im Verlaufe der letzten 2 Jahre in welchen das Aneurysma sich langsam vergrösserte, bei ihr eine trübe Stimmung wahrgenommen, die mit dem stätigen Wachsen des Aneurysmas gleichsam gleichen Schritt hielt; der stürmischere Ausbruch ihrer Psychose erfolgte bei dem vor 6 Monaten erfolgten Tode ihres Gatten. Sie wurde aufgeregt, schlaflos, beschuldigte sich selbst, und war ihres Lebens überdrüssig und müde. Sie beschuldigte ihre Umgebung des Diebstahls, und nachdem ihr die angeblich entwendeten Gegenstände gezeigt wurden, glaubte sie es auch dann nicht, und sagte, diese seien durch andere schnell ersetzt worden. Oefter bekam sie Angstanfälle, (wahrscheinlich mit Hallucinationen) verbarg sich unter das Bett. In der Nacht war sie unruhig, schlaflos, stand öfters auf und warf ihr Bettzeug auf den Boden. Ueber fremde Stimmen hat sie selbst nie geklagt. Sie beruhigte sich allmälig wieder, bis ein neuerlicher Angstanfall die Familie nöthigte, sie in obenerwähnter Privat-Anstalt, in welchem ich damals als Assistent fungirte, unterzubringen.

Patientin ist zwergähnlicher Statur, schlecht genährt, anämisch, die Muskulatur schlaff, die Hautfarbe schmutziggelblichweiss. Die Wirbelsäule erleidet eine sehr starke Krümmung, so dass sie vorne eine Lordose, nach hinten eine Kyphose bildet; der ganze Brustkorb ist verkürzt, unsymmetrisch. Die Hautvenen am Brustkorbe sind erweitert.

Dimensionen des Schädels normal. Am linken Auge ist das Sehvermögen total aufgehoben, da die Hornhaut mit undurchsichtigen Narben bedeckt ist. Das Sehvermögen am rechten Auge leidet ebenfalls; das periphere Sehfeld ist gegen unten zu ganz verdunkelt. Bei Augenspiegel-Untersuchung ist die Retina ein wenig injicirt,

die Papille normal, in der unteren Partie der Linse eine kataraktöse Trübung.

Patient klagt an diesem Auge über lästiges Brennen, welches aber nicht den ganzen Tag andauert.

Der Hals länglich, schmal, die Halsvenen mässig gefüllt, die Muskeln fast präparirt.

Ueber der rechtseitigen Fossa supraclavicularis ein nussgrosses, sehr deutlich pulsirendes spindelförmiges Aneurysma; dessen Consistenz ist bei Palpation derb, ziemlich widerstandsfähig und elastisch. Das Aneurysma sitzt unterhalb der Theilungsstelle der Caritis communis, denn wenn wir von der oberen Kante der Cart. thyreoidea gegen den Sternocleido-mastoideus zu eine horizontale Linie ziehen, so fällt diese Linie bedeutend oberhalb des oberen verdünnten Theiles des Aneurysmas. Es hat den Anschein, dass in die aneurysmatische Erweiterung auch die oberhalb des Aneurysmas liegende Theilungsstelle des Gefässstammes mit einbezogen ist, da die Pulsation hier viel stärker und der pulsirende Punkt bei Palpation auch breiter ist als auf der linken Seite. Ueber dem Aneurysma sind die üblichen Töne der grossen Gefässe recht stark und rein, nur hie und da ist eine Andeutung von einem systolischen Geräusche. Diese Töne werden über die Theilungsstelle auch in die Carotis externa weiter geleitet, wo sie aber schon matter sind. In der Höhe des Keklkopfes kann man ein rauschendes systolisches Geräusch nicht wahrnehmen. In den Lungen nichts abnormes. Die Lage und Grösse des Herzens ist normal. Die Herztöne sowohl wie die der grossen Gefässe normal und genügend accentuirt.

Im Unterleib nichts abnormes. Die peripheren Blutgefässe sind rigid, der Sphygmograph zeichnet einen pathologischen dicroten pulsus rotundo tardus. Temperatur 37·5 Puls 72. Im Urin keine fremden Bestandtheile.

Patientin klagt über Schlaflosigkeit, Angstgefühl, Athembeklemmung, Kopfdruck und Ohrensausen, die immer eintreten, wenn sie beängstigt ist; sie sagt selbst: „ich spüre öfter in meinem Kopfe eine fliegende Hitze aufsteigen".

Die psychische Sphäre der Patientin stellt uns folgendes Bild dar. Ihr ganzes Wesen beherrscht ein zeitweise auftretendes Angstgefühl, dessen Ursache sie selbst anzugeben nicht vermag; sie fürchtet sich auch beim Tage allein im Zimmer zu sein, die kleinsten unbedeutendsten Dinge halten sie in fortwährendem Kummer und Angst. So z. B. als sie erfuhr, dass sie in der Anstalt ein anderes Zimmer, welches ihr bequemer ist, beziehen soll — bekam sie solch eine Angst, dass sie zitterte, und die ganze Nacht nicht schlief. Anderen Tags verlangte sie sich in ihr altes Zimmer, und als dies gewährt wurde, wollte sie wieder in das neue Zimmer zurück, wo sie sich so gefürchtet hatte.

Ihr Ideengang ist gedrückt, die Stimmung trüb, die Association gehemmt; sie möchte sterben, da sie im Leben keine Freude mehr hat. Lautes Reden oder Musik kann sie nicht vertragen, und seufzt fortwährend, was mit ihr geschehen wird. Nicht weniger Sorgen verursacht ihr das rechte Auge, in welchem sie öfter ein brennendes Gefühl hat.

Das Erinnerungsvermögen ist am meisten vermindert, wenn sie einen Angstanfall bekömmt; sie wiederholt dieselbe Frage in kurzer Zeit 4—5 Mal.

Die Urtheils- und Willenskraft hat gelitten, sie kann sich für nichts entscheiden; sie gibt Jedermann Recht, auch dann, wenn nacheinander die entgegengesetztesten Dinge behauptet werden. Im Angstanfalle treten diese Erscheinungen sämmtlich stärker hervor.

Wenn Patientin vom Angstgefühle frei ist, dann verlieren die obigen Symptome bedeutend an Intensität, dann ist sie ruhig, und lacht auch öfter, doch lässt sich die melancholische Stimmung am Ideengange sehr leicht auffinden. Die Nächte sind meistens schlaflos, doch bewirken 1—2 Gramm Chloral, oder 2—3 Gramm Bromkalium einen ziemlich ruhigen Schlaf.

Obiges Krankheitsbild besteht noch heutzutage bei der Patientin; abwechselnd tritt eine kleine Besserung, dann wieder Verschlimmerung ein, mit Ausschluss einer bestimmten circulären Form.

Zu diesem Falle lassen sich folgende epikritische Bemerkungen knüpfen: Derselbe dürfte in zweierlei Richtungen unsere Aufmerksamkeit auf sich ziehen.

Erstens steht hier die Psychose mit der Entstehung des Aneurysma an der rechten Carot. communis in sehr engem causalem Zusammenhange, so zwar, dass ich hier die Psychose von der anomalen Speisung und gestörtem Druckverhältnisse der rechten Gehirnhemisphäre allein gedeckt erachte.

Zweitens ist in diesem Falle die von Mayer zuerst beschriebene aneurysmatische Veränderung der Carotis interna schon am Lebenden mit grosser Wahrscheinlichkeit zu diagnosticiren.

Hiefür sprechen: die aneurysmatische Erweiterung der Theilungsstelle der Carotis communis, die mittelst Palpation zu constatiren ist; zweitens die allgemeine senile Erkrankung des Gefässsystems. Obzwar an der Carotis interna eine pathologische Erweiterung mittelst Palpation zu diagnosticiren — vermöge ihrer anatomischen Lage — unzulässig ist, so kann man doch in Anbetracht der eben detaillirten Gefässveränderungen, sowie gestützt auf Meyer's Beobachtungen, bei unserem Falle den Schluss mit grosser Wahrscheinlichkeit ziehen, dass hier auch die Interna in Mitleidenschaft gezogen, somit aneurysmatisch entartet ist.

Eine eventuelle Section wird jedenfalls interessante Daten zum Aufschluss bringen, die ich in geeigneter Zeit mitzutheilen nicht versäumen werde.

Ob in diesem Falle die aneurysmatische Veränderung des Cerebralgefässes in Folge der Stauungshyperämie des Gehirnes eine secundäre, oder in Folge der allgemeinen Arterio-Sklerose des Gefässsystems eine primäre Erscheinung ist, welche sammt dem Aneurysma der Carot. communis die Psychose zur Folge hatte, wäre hier schwer zu entscheiden.

Die Patientin leidet allenfalls noch immer an ihrem Angstgefühle, verbunden mit zeitweiser Gehirnhyperämie, wo der Puls beschleunigt und die Carotiden mächtig klopfen; diese Symptome aber scheinen von dem Aneurysma der Carot. communis abhängig zu sein.

Die gewünschte Aufklärung hätte jedenfalls der Umstand geben können, wenn schon in früheren Jahren die Spaltungsstelle der Carotis einer genauen Prüfung unterzogen worden wäre.

Bemerkenswerth ist jedenfalls, dass das Aneurysma am Carotisstamme schon seit 5 Jahren besteht ohne zu embolischen Erscheinungen oder gar zum lethalen Ende Anlass gegeben zu haben.

Die zeitweisen Angstanfälle und Athembeklemmungen möchte ich in diesem Falle von dem Drucke des Vagus ableiten.

Die russische Gesetzgebung in Beziehung auf Geisteskranke.

Von Staatsrath Dr. med. A. Rothe, Chefarzt der Irrenanstalt in Warschau.

(Fortsetzung.)

II. Die Bedeutung und Untersuchung der Geistesstörung in Criminalsachen.

Zu den Ursachen, in Folge welcher ein begangenes Verbrechen oder Vergehen nicht als Schuld angerechnet werden darf, gehören: Blödsinn, Wahnsinn und krankhafte Anfälle, welche Geistesverwirrung oder vollständige Bewusstlosigkeit hervorrufen.

Ein Verbrechen oder Vergehen, welches von einem von Geburt an Blödsinnigen oder Wahnsinnigen begangen worden, wird demselben nicht als Schuld angerechnet, wenn es keinem Zweifel unterliegt, dass der Blödsinnige oder Wahnsinnige in Folge seines Zustandes zur Zeit der Handlung keinen Begriff von der Widergesetzlichkeit und der Eigenschaft seiner That haben konnte. Ein von einem Kranken begangenes Verbrechen oder Vergehen wird ferner nicht als Schuld angerechnet, wenn es bewiesen ist, dass es in einem Anfalle von Geistesverwirrung oder vollständiger Bewusstlosigkeit geschehen (Krankheit, nicht aber Betrunkenheit).

Die Nichtzurechnung der Schuld bei Verbrechen oder Vergehen bezieht sich auch auf diejenigen, die ihre geistigen Fähigkeiten und den Gebrauch der Vernunft in Folge von Alter und Gebrechlichkeit

verloren haben, wie auch auf Somnambule (Schlafwandler), welche im Anfalle ihres Nervenleidens ohne das entsprechende Verständniss handeln; auch von Geburt an Taubstumme, oder solche, welche in frühester Jugend Gehör und Sprache verloren, werden für begangene Verbrechen oder Vergehen nicht zur Verantwortung gezogen, wenn es keinem Zweifel unterliegt, dass sie weder durch Bildung noch durch den Umgang mit anderen die Möglichkeit gehabt haben, sich Begriffe über Pflichten und Gesetze anzueignen.

Umstände, welche die Schuld in mehr oder weniger hohem Maasse mildern und daher die Strenge des Gesetzes mässigen, sind auch: a) Wenn das Verbrechen aus Leichtsinn (nicht aber in der Betrunkenheit) begangen worden ist, bei Verstandesschwäche, Taubheit, grenzenloser Unwissenheit, die von Anderen benutzt worden, um solche Personen zu Verbrechen zu verleiten. b) Wenn das Verbrechen begangen worden ist im Zustande heftiger Reizung (Aufregung), hervorgerufen durch Beleidigungen, Kränkungen oder andere Handlungen derjenigen Person, an welcher der Thäter das Verbrechen begangen oder hat begehen wollen.

Bei der Untersuchung stummer und überhaupt solcher Personen, die ihre Gedanken nicht in Worten ausdrücken können, werden folgende Grundsätze beobachtet: 1. Wenn die Angeschuldigten oder Zeugen ihre Aussagen nicht schriftlich machen können, so erfolgt das Verhör mittelst Personen (Dolmetsche), die gewöhnt sind, solche Zeichen genau zu deuten. 2. Bei der Untersuchung von Verbrechen, welche als Folge den Verlust aller Ständesrechte nach sich ziehen, werden als Vermittler der Fragen und Antworten die nächsten Erben nicht zugelassen. 3. Findet die Untersuchung in einer Stadt statt, in welcher sich ein Taubstummen-Institut befindet, so wird einer der Lehrer dieses Institutes hinzugezogen. 4. Diejenigen, welche sich mit dem Taubstummen vermittelst der Zeichensprache verständigen, sollen zu gleicher Zeit ihre Besprechung mündlich mittheilen.

Grundsätze bei Untersuchung angeschuldigter Blöd- und Wahnsinniger (Krim. Gau-Ordnung vom 20. November 1864).

1. Ergibt die Untersuchung, dass der Angeschuldigte seine gesunde Vernunft nicht besitzt, oder an einer Geistesstörung leidet, so hat sich der Untersuchungsrichter davon durch den Gerichtsarzt, wie auch durch Befragung des Angeschuldigten selbst und derjenigen Personen, die des Angeschuldigten Lebensweise und Urtheile genauer kennen, zu überzeugen; das in der Angelegenheit Ergründete übergibt er dann mit Hinzufügung des ärztlichen Gutachtens über den Grad des Blödsinns oder der Geistesstörung dem Prokurator (Staatsanwalt) zur weiteren Verfügung.

2. Die Verhandlung über den Wahn- oder Blödsinn des Angeschuldigten mit der Schlussfolgerung des Prokurators wird dem Bezirksgerichte zur Durchsicht überliefert.

3. Die Untersuchung des Blöd- oder Wahnsinnigen erfolgt durch den Gouvernements-Medicinal-Inspector oder dessen Gehilfen und zweier von der Medicinalverwaltung dazu bestimmter Aerzte in der Sitzung des Bezirksgerichtes. In der Hauptstadt leiten die Untersuchung der Stadtphysiker und zwei von dem Physikate dazu ernannte Aerzte.

4. Ist das Bezirksgericht in keiner Gouvernementsstadt, so kann die Untersuchung des Blöd- oder Wahnsinnigen auch ohne die Anwesenheit des Medicinal-Inspectors oder dessen Gehilfen durch zwei von der Medicinalverwaltung der Gouvernementsregierung ernannte Aerzte vorgenommen werden; in solchen Fällen hat aber das Gericht das Recht, sowohl auf Verlangen einer oder der anderen Partei, wie auch von sich aus einen dritten Arzt nach eigenem Gutdünken zur Untersuchung beizuziehen.

5. Die gerichtliche Verfolgung eines angeschuldigten Blöd- oder Wahnsinnigen kann nur auf Grund der Resolution des Bezirksgerichts oder des entsprechenden Gerichtshofes niedergeschlagen werden.

6. Findet das Bezirksgericht, dass die Gerichtsuntersuchung hinreichende Facta darbietet, um die Frage der Unzurechnungsfähigkeit in Folge des krankhaften Zustandes des Angeklagten anzuregen, so hat das Gericht die Pflicht, Aerzte als Experte heranzuziehen und deren Ansicht über den gegebenen Fall anzuhören.

An Orten, wo zur Zeit die Gerichtsreformen noch nicht eingeführt sind, geschieht die Untersuchung Blöd- und Wahnsinniger in einer berathenden Sitzung der Medicinalverwaltung der Gouvernementsregierung auf Grund der Vorschriften des oberen Medicinal-Rathes mit Beobachtung der Ordnung, wie dieselbe für Civilsachen bestimmt ist. Angelegenheiten solcher Art concentriren sich im dirigirenden Senate, von welchem es schliesslich abhängt, den Inculpaten als Blöd- oder Wahnsinnigen anzuerkennen, den zweijährigen Untersuchungstermin für Genesene abzukürzen, und den Angeschuldigten der Fürsorge seiner Verwandten zu übergeben.

Blöd- oder Wahnsinnige, die einen Mord begangen, Mord- oder Selbstmordversuche, wie auch Brandstiftung intendirt haben, werden in einer Irrenanstalt untergebracht, selbst dann, wenn die Eltern oder Verwandten desselben die Aufsicht und Behandlung des Kranken bei sich zu Hause übernehmen wollen. Andere Kranke werden anstatt der Irrenanstalt den Eltern, Verwandten, dem Vormunde oder mit ihrer Erlaubniss fremden Personen übergeben, wenn sie die Verpflichtung übernehmen, den Kranken unter beständiger und genauer Aufsicht zu halten, und in seiner Krankheit ärztlich behandeln zu lassen, wie auch Alles zu verhindern, was auf die Umgebung und fremde Personen, wie auch auf den Kranken selbst schädlich einwirken könnte. Wenn die Eltern des Kranken, dessen Verwandte, Vormund, oder fremde Personen, die denselben unter ihre Obhut nehmen wollen, nicht hinreichende Garantien bieten, und man nicht erwarten

kann, dass sie allen ihren Verpflichtungen genau und pünktlich nachkommen, so wird der Geisteskranke einem Hospitale zur Behandlung und Verpflegung übergeben. Diejenigen, welche in Folge von Alter oder Gebrechlichkeit ihre geistigen Fähigkeiten und den Verstand verloren haben, wie auch Somnambule können ihren nächsten Verwandten oder mit deren Bewilligung fremden Personen zur Pflege übergeben werden, oder sie werden in einer der allgemeinen Wohlthätigkeitsanstalten untergebracht. Taubstumme von Geburt oder von früher Kindheit an, werden im Gefängniss unter strenger Aufsicht, jedoch gesondert von anderen Internirten gehalten.

Die geisteskranken einer Irrenanstalt übergebenen Verbrecher dürfen aus derselben ohne Erlaubniss der höheren Behörde nicht entlassen werden. Lehrt die Zeit, dass derartige Personen vollkommen genesen und dass während eines Zeitraumes von zwei Jahren keine geistigen Abnormitäten beobachtet worden sind, so werden sie nach abermaliger genauer Untersuchung aus der Irrenanstalt entlassen und ihr Vermögen von der Curatel befreit laut des bestehenden Civilgesetzes. Dieser zweijährige Beobachtungstermin Genesener kann verkürzt werden, wenn dazu besondere Gründe vorliegen und hinreichende Sicherheit vorhanden ist, dass daraus keine Gefahr entspringen kann.

Ein genesener Geisteskranker kann seinen Verwandten übergeben werden, wenn dieselben die Verpflichtung übernehmen, ihn unter genauer Aufsicht zu halten, im Falle aber eines neuen Ausbruches krankhafter Erscheinungen die entsprechenden Vorsichtsmassregeln anzuwenden und den Kranken wieder der Irrenanstalt zu übergeben.

Der Obermedicinalrath hat in Beziehung auf die Untersuchung von Personen, welche in einem Anfalle von Wahnsinn einen Mord, Mord- oder Selbstmordversuch begangen haben, nachstehende Vorschriften erlassen, in denen er zuerst die Krankheiten, während welcher Delirien und Verstandesverwirrung eintreten können und die daher Aehnlichkeit mit Geistesstörungen haben, bezeichnet: a) Entzündungs-, Nerven-, Gallen-, Faul- und Puerperalfieber, wie auch das Delirium cum tremore; b) Entzündung des Gehirnes und dessen Häute; c) Gesichtsrose; d) Hysterie und Hypochondrie; e) Epilepsie; f) Hydrophobie im letzten Stadium; g) einige Nervenkrankheiten zur Zeit der geschlechtlichen Entwicklung (sie compliciren sich oft mit temporärer Geistesverwirrung und Delirien) — und weiter angibt, wie diese von den wirklichen Geistesstörungen unterschieden werden können, in welchen einerseits auf die Krankheitsursachen, anderntheils auf die eigenthümlichen Erscheinungen und kürzere Dauer jener Krankheiten hingewiesen wird. Hinsichtlich der Ursachen und Erscheinungen der Geistesstörung sagen sie:

a) Die Ursachen, welche zur Geistesstörung disponiren, sind: melancholisches und cholerisches Temperament, aufbrausender und argwöhnischer Charakter, häufig sich wiederholendes Delirium cum

tremore, Epilepsie, Hypochondrie, Gehirnentzündung und erbliche Anlage. Zufällige Ursachen, welche Veranlassung zu Geistesstörungen geben können, sind: moralische (psychische), heftige und plötzliche Gemüthserschütterungen, Kummer, Trauer und Verzweiflung bei dem Verluste theurer Personen oder des Vermögens, betrogene Hoffnung und Liebe, heftige Eifersucht, erfolglose Ehrsucht, lang andauernde und erschöpfende Geistesarbeit, blinder Fanatismus und Schwärmerei, wie auch heftige Gewissensbisse. Dann als physische: verschiedene Schädelverletzungen, sowohl innere wie äussere, Stoss-, Schlag-Schädeleindrücke (Impressio), Brüche, Wunden, Geschwülste und Wucherungen des Schädels, verkehrte Lebensweise, langandauernde Schlaflosigkeit, Hunger, Erschöpfung in Folge von Samenverlust, übermässiger Alkoholgenuss, plötzliches Erlöschen acuter oder chronischer Hautkrankheiten, gewohnheitsmässiger Wunden und Eiterungen, hämorrhoidaler und Uterinblutungen, wie auch das plötzliche Verschwinden der Milchabsonderung, der Wochenbettreinigung und dergleichen andere Ursachen.

b) Die Erscheinungen und Symptome der wirklichen Geistesstörung sind folgende: sichtbare Veränderung der Gesichtszügs, ein oft wilder, düsterer, wüthender Gesichtsausdruck oder auch eine allzu heitere Stimmung, im Charakter der Kranken ist eine vollständige Veränderung vorgegangen, es erscheinen falsche, unmotivirte und verkehrte Urtheile, Toben und eine oft auffallende Frechheit im Reden und Handeln, beständige Geschwätzigkeit oder Schweigen, wie auch Grübelei und vollständiges Insichversenktsein, Unaufmerksamkeit gegen jede Art vernünftiger Rathschläge, das Nichterkennen von Verwandten und nahen Bekannten, das Vergessen von allen dem, was zur Erhaltung der eigenen Gesundheit nothwendig ist, Nahrungsverweigerung oder Heisshunger, Unempfindlichkeit gegen die verschiedenartigsten äusseren Einflüsse, Krämpfe in den verschiedenen Körpertheilen, Zittern und Rigidität der Glieder, wie auch scheinbare ausserordentliche Muskelkraft und Beweglichkeit derselben.

Diese Erscheinungen beobachtet man mehr oder weniger häufig in der Form des Irreseins, welche ununterbrochen eine längere Zeit andauert (Mania permanens, perpetua). Fasst man diese Erscheinungen in Verbindung mit den vorangegangenen Ursachen genauer in's Auge, so wird man leicht im Stande sein, diese Art der Geistesstörung von anderen ähnlichen Krankheiten zu unterscheiden. Treten diese krankhaften Erscheinungen aber nur zu gewissen Zeiten auf z. B. einen Tag über den anderen, nach einigen Tagen, einer Woche, ein Mal im Monate, zu gewissen Jahreszeiten (Mania intermittens et periodica) oder beziehen sie sich nur auf irgend einen Gegenstand, worüber der Kranke ganz verkehrte Ansichten hat, während er über alles Andere vernünftig urtheilt (Monomania und Delirium fixum) so kann die Erkennung der Krankheit mit grossen Schwierigkeiten, verbunden sein. Im ersten Falle können wir uns von der Existenz

der Krankheit nur dann überzeugen, wenn wir den Kranken genau während seiner Anfälle oder Paroxysmen beobachten; im anderen Falle müssen wir uns bemühen, während der Untersuchung den Gegenstand ausfindig zu machen, in Bezug auf welchen der Kranke verrückt ist, und ob sich an seinen Urtheilen nicht Widersprüche finden.

Es ist kein Grund vorhanden die sogenannte Pyromanie (d. h. einen unüberwindlichen krankhaften Trieb zur Brandlegung) als selbständige Form der Geistesstörung anzunehmen. Fälle von Brandstiftung, wie auch jedes andere Verbrechen, müssen auf das allergenaueste untersucht werden und erhebt sich Zweifel, so ist die ärztliche Untersuchung des Verbrechers und die Meinung von Specialärzten über dessen Gesundheit unbedingt einzuholen, nicht aber um zu bestimmen, ob er an Pyromanie leidet oder nicht, sondern um zu constatiren, ob er an einem ausgesprochenen, beständigen oder temporären Irresein leidet, oder ob er sich unter dem Einflusse von Bedingungen befindet, die sein Bewusstsein trüben können.

Ueberhaupt genügt es nicht, um ein richtiges und zweifelloses Urtheil zu fällen, nur die krankhaften Symptome anzuführen; in Criminalfällen ist es durchaus erforderlich, die Aufmerksamkeit auch auf alle Umstände, die den Kranken umgeben, hinzulenken. Ist daher von einem Geisteskranken ein Mord, Mord- oder Selbstmordversuch verübt worden, so soll unverzüglich eine Commission ernannt werden, die den Grad und die Form der Geistesstörung zu bestimmen, wie auch seine Lebensweise, sein Betragen, Familienverhältnisse und überhaupt alle Bedingungen klar zu legen hat, welche dem Morde vorangingen, ihn begleiteten oder ihm nachfolgten. Auch soll nachgewiesen werden, ob er gegen den Ermordeten Feindschaft oder Bosheit gezeigt oder sonst eine anreizende Ursache zum Morde vorhanden war. Ob er sich nicht in einem Zustande von Verzweiflung oder Verstandesverwirrung befand und dadurch zum Mord oder Selbstmord geführt wurde. Alles dies muss auch deshalb genau untersucht werden, um dem absichtlichen Verbrecher die Möglichkeit der Simulation zu nehmen, wodurch er der gerechten Strafe entgehen könnte.

Die Simulation von Geistesstörung kann erkannt werden durch die oben angeführte Untersuchung und eine strenge medicinische Beobachtung aller krankhaften Erscheinungen, wie auch durch die Vornahme gewisser, der Gesundheit unschädlicher Versuche. Die medicinische Untersuchung, welche in einer Irrenanstalt, im Hospitale oder an einem anderen Orte vorgenommen wird, kann drei Monate dauern.

Die Vorschriften geben weiter nach den schon mitgetheilten Gesetzen an, wie mit geisteskranken Verbrechern zu verfahren ist und empfehlen auch bei Genesungen die möglichste Abkürzung der 2jährigen Beobachtungsfrist. Sie motiviren, dass ebenso auch mit denjenigen Geisteskranken verfahren werde, die in einem Anfalle

ihrer Krankheit einen Selbstmordversuch gemacht haben. Dies ist deshalb nöthig, geben sie an, weil sie, wenn die Untersuchung nachgewiesen, dass sie an wirklicher Geistesstörung leiden und nicht bloss von einer augenblicklichen Geistesverwirrung oder einer Krankheit, zu der sich Delirien gesellen, wie auch von einem rasch vorübergehenden Irresein (Mania transitoria) behaftet waren, ebenso leicht Mordversuche gegen andere als gegen sich selbst ausführen können.

Was nun das kurzandauernde oder rasch vorübergehende Irresein (Mania transitoria) anbelangt, so soll, wenn in solch einem Zustande ein Mord, Mord- oder Selbstmordversuch begangen worden ist, auch dieselbe Vorsicht angewendet werden, wie in gewöhnlichen Fällen von Irresein; was jedoch den Beobachtungstermin anbelangt darf derselbe nicht so lange dauern, wie in oben angeführten Fällen. Zur vollständigen Ueberzeugung der Genesung solcher Fälle sind sechs Wochen ausreichend. Gewöhnlich schwindet mit der Krankheit auch das Delirium als Symptom derselben und wenn jemand, der dieser Krankheit unterlegen, nach Ablauf derselben noch sechs Wochen unter genauer Beobachtung verblieben, so kann demselben nach dieser Zeit ohne Gefahr die Freiheit wiedergegeben werden. Wenn aber nach Ablauf der Krankheit das Delirium geblieben oder chronisches Irresein eingetreten, so hat der Beobachtungstermin so lange anzudauern, wie in gewöhnlichen Fällen von Irresein.

Schliesslich wird noch angeführt, dass, wenngleich Somnambule und Nachtwandler nicht zu den Geisteskranken im strengen Sinne des Wortes gehören, dieselben, da sie des Selbstbewusstseins und der Freiheit des Handelns in ihren Anfällen beraubt sind, in solchem Zustande sich und Anderen Schaden zufügen könnten, und daher solche Personen, wenn sie einen Mord oder ein anderes Verbrechen begangen haben, ebenso behandelt werden müssen, wie Geisteskranke.

Auch im Criminalverfahren können Blinde, Taube, Stumme und der Vernunft Beraubte nicht Geschworne sein. Als Zeugen werden Blöd- und Wahnsinnige nicht zugelassen. Als vereidete Zeugen können Schwachsinnige, die die Bedeutung des Eides nicht kennen, nicht herangezogen werden. (Schluss folgt.)

Aus dem Vereine.

Protokoll der Sitzung vom 25. October 1876.

Vorsitzender: Herr Reg.-R. Prof. Meynert.

Der Herr Präsident begrüsst die Versammlung nach der Pause der Ferienmonate.

Zu ordentlichen Mitgliedern werden gewählt die Herren: Dr. Carl Birnbacher, Sanitätsrath und Primararzt zu Laibach, Dr. Laufenauer und Dr. Holländer.

Hierauf bringt Herr Prof. Dr. Leidesdorf Mittheilungen bezüglich der Morphiumsucht.

Prof. L. macht im Anschluss an einen im verflossenen Sommer in der Gesellschaft der Aerzte gehaltenen Vortrag über Morphiumsucht weitere Mittheilungen, welche darthun, dass in neuerer Zeit geradezu eine dem bisherigen allzu freigebigen Morphiumgebrauche entgegengesetzte allzu grosse Furcht vor demselben Platz zu greifen scheint. Es sind dem Vortragenden Fälle vorgekommen, in denen der Morphiumgebrauch das einzige wahrhaft lindernde Mittel der krankhaften Erscheinungen war und doch die Entwöhnung von demselben verlangt, ja dieselben Symptome, gegen die es mit palliativem Nutzen gebraucht wurde, nur auf den Morphinismus bezogen wurden. Prof. L. erwähnt beispielsweise eines von Mel. anxia befallenen Individuums und eines an Tabes dolorifica leidenden Menschen. Beide befanden sich beim Morphiumgebrauche in der Dosis von 0·03 bis 0·1 ziemlich wohl; bei Beiden traten in dem einen Falle hochgradiges Angstgefühl und Schlaflosigkeit, in dem anderen heftige, durch kein anderes Mittel zu beseitigende Schmerzen auf, die den Kranken sehr herabbrachten. In solchen Fällen und bei so mässiger Dosis von dem einzigen Linderung schaffenden Mittel aus Furcht vor der Gewöhnung abzustehen, hält Prof. Leidesdorf durchaus nicht für rathsam. —

Hierauf folgt dem Programme gemäss der Vortrag des Herrn Dr. Fritsch: „Ueber einen Fall von Atrophie der einen Grosshirn- und der entgegengesetzten Kleinhirnhemisphäre“ — dann der Vortrag des Herrn Dr. Laufenauer: „Zur Casuistik der aneurysmatischen Gefässveränderungen Geisteskranker“ — welche Seite 117 und S. 121 ausführlich mitgetheilt sind.

An den letzteren Vortrag knüpfte sich eine kurze Debatte.

Herr Reg.-R. Prof. Meynert ist der Anschauung, es liesse sich von den zu beobachtenden Arterien kein sicherer Schluss auf die Veränderungen der Gehirnarterien ziehen.

Herr Dr. Obersteiner jun. erwähnt, dass Meyer selbst in der vom Vortragenden erwähnten Arbeit aufmerksam mache, dass normaler Weise die Car. int. an dieser Stelle ein Aneurysma besitze, und dass vielleicht vom Gangl. intercaroticum ein Einfluss auf die Car. int. ausgeübt werde.

Herr Prof. Hoffmann hat ähnliche Befunde wie der Vortragende gesehen und constatirt nach seinen Beobachtungen, dass an der Bifurcation häufig arterio-sklerotische Veränderungen gefunden werden. Dr. F. Schlangenhausen, Secretär.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).

31. December 1876. Nr. 11 & 12.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

Sanitätsrath Primararzt Dr. Moriz Gauster und Reg.-R. Prof. Dr. Theodor Meynert.

Preis des Jahrganges 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl. Buchhändler-Inserate den Raum einer Petitzeile mit 15 kr. oder 30 Pfenn. berechnet, nimmt die Hof- u. Universitäts-Buchhandlung von W. Braumüller in Wien an.

Zuschriften an die Redaction ersucht man unter der Adresse: Dr. Moriz Gauster, IX. Lazarethgasse 14, oder Prof. Dr. Meynert, IX. Marianneng. 22. Pränumerationen und Reklamationen wollen an Ersteren oder obige Buchhandlung gerichtet werden.

Inhalt: Reg.-R. Prof. Meynert: Superarbitrium bezüglich der Frage des Causalnexus zwischen eingetretenem Irrsinn und vorausgegangener Misshandlung. — Rothe: Irren-Gesetzgebung Russlands (Schluss). — Aus dem Vereine: Protokoll der Sitzung vom 24. November 1876. — Miscelle. — Briefkasten. — Pränumerations-Einladung. — Anzeige.

Festgruss.

Herr Geheimrath Dr. Christian Roller, Director der Irrenheilanstalt Illenau im Grossherzogthume Baden, feiert am 3. Jänner sein fünfzigjähriges Jubiläum als Irrenarzt. Wer die Mühen, den geistig und körperlich so anstrengenden Beruf eines Irrenarztes kennt, dem muss es zur lebhaftesten Genugthuung gereichen, einen Mann, der in diesem Berufe so sehr hervorragend und einflussreich gewirkt hat, in rüstiger Kraft noch als Senior der deutschen und österreichischen Irrenärzte im öffentlichen Dienste wirken zu sehen. Wir beglückwünschen herzlichst den verehrten Jubilar, seine Heimat, seine Collegen, zur Feier dieses Festtages.

Die Redaction.

Superarbitrium bezüglich der Frage des Causalnexus zwischen eingetretenem Irrsinn und vorausgegangener Misshandlung.

Vom Reg.-Rathe Prof. Theodor Meynert*).

1. Der Thatbestand ist folgender:

Der 21jährige Wirthssohn und Flösser aus G., Jakob M., befand sich am 16. November 1874 von 5 Uhr Nachmittags an bei einer Hochzeit im Wirthshause zu M., verzehrte dort einen Schweinsbraten, trank 2 bis 3 Seitel Wein und tanzte 3 oder 4mal. — Etwa um Mitternacht wollten ihn andere Burschen, darunter der Angeklagte Johann H. nicht mehr mittanzen lassen „weil er nicht zu ihrer Gesellschaft gehöre.“ M., welcher nicht betrunken war, wurde dadurch gereizt, und wurde mit H. handgemein, von dem er einen Schlag in's Gesicht erhielt, nach welchem Blut aus der Nase drang, worauf noch weiter ein „Herumtauchen“ zwischen ihm und andern Burschen stattfand. — Einem älteren Bauern, der einschreiten wollte, riss er den Hemdärmel herab.

Nachdem der Angeklagte und der Gastwirth herzugetreten und man den M. aus dem Gastzimmer getaucht hatte, wobei der Wirth ihn seitlings zu Boden warf, zog sich M. noch weitere Misshandlungen zu, da er das Haus noch nicht verlassen wollte. Es geschah dies aber nicht aus blinder Unbesonnenheit, sondern aus dem Grunde, weil M. ein Packet mit einem Hosenstoffe, welches er sich verborgen aufbewahrt hatte, ausgefolgt haben wollte; demgemäss wechseln die weiteren Misshandlungen, welche er erfährt immer mit seinem Rufe um „sein Packerl“ ab, und erneuern sich zunächst mehrmals nach diesem nicht unbilligen Begehren, das ihn nicht zum Entschlusse des urgirten Abzuges kommen lässt.

Diese Misshandlungen gehen zum Theil von D. aus, der betrunken aus dem Extrazimmer herzukam, nachdem M. vom Wirthe in das Vorzimmer geschupft worden war; er streckte ihn unter Drohungen durch Hiebe auf die Brust zu Boden und misshandelte ihn darnach mit Fusstritten derart, dass ein, einen Gendarmen aus dem Zimmer rufendes Mädchen schlechtweg die Angst äusserte: D. bringe den Burschen um, einer der Gendarmen dasselbe besorgte und dass M. um Schonung bat.

Darnach drang D. noch zweimal mit Bruststössen auf ihn ein, die ihn noch einmal hinstreckten, nachdem er schon die Flucht ergriffen; — der Wirth hatte ihn zum Hause hinaus auf den Rücken geworfen, ihn mit Fäusten, wo er traf, auch auf den Kopf und in den Rücken geschlagen und rücklings heftig an einen Schwartlingzaun geworfen. — Auch am Halse wurde M. bei diesen Misshandlungen gewürgt.

---

*) Vorgetragen in der Sitzung des psych. Vereins am 28. April 1876.

2. Nach diesem incriminirten Vorfall und auf Grund der von Dr. M. in G. constatiren leichten äusseren Verletzungen am Kopf und Hals des Klägers erschien bei der für den 28. December anberaumten Verhandlung des k. k. Bezirksgerichtes in G. der Vater des Jakob M. mit einem Zeugniss des Wundarztes L. aus G. des Inhalts: M. junior zeigt seit 14 Tagen Trübsinn, in den letzten Tagen aber müsse er wegen völliger Tobsucht im Zimmer gehalten werden.

Nachdem die Gerichtsärzte M. und W. an dem im Gasthause zu G. festgebunden vorgefundenen Kranken Ausschluss von Simulation und wirkliche Tobsucht constatirt hatten, wurde er in die Landesirrenanstalt Niedernhart bei Linz gebracht, wo Tobsucht mit Hallucinationen (Geisterhören und Geistersehen) bis Ende Jänner 1875 fortdauerte, anfangs Februar Beruhigung eintrat, und seit 22. Februar allmälige Erinnerung an die Erlebnisse bei und seit der Hochzeit in M. sich einstellte.

Am 31. März antwortet er dort den Gerichtsärzten anfangs richtig und ohne viel Beschwerde, dann stockend, zuletzt strengt er sich vergebens an, sein Kopf sei nichts nütze, und seit der Hochzeitsnacht vom 17. November 1874 nicht mehr zur Ruhe gekommen.

Am 25. Mai vorigen Jahres wurde M. aus der Irrenanstalt als gebessert entlassen und von seinem Vater nach Hause genommen.

Die Gerichtsärzte Dr. H. und P. finden ihn am 7. August 1875 körperlich und geistig abgespannt, die Erinnerung an jüngere Begebenheiten mühsam, die linke Gesichtshälfte schwächer innervirt „gleichsam hängend" an den Händen zitternd, über linksseitigen Kopfschmerz klagend, der täglich 1—2mal sich steigere, er sei zum Flössen (seinem früheren Geschäfte) wegen Schwindel untauglich, nach Möglichkeit bei seinem Vater in Verwendung. — Zugleich aber geben die Gerichtsärzte das Gutachten ab, dass M. von der Geisteskrankheit geheilt sei. — Zurückgebliebene Nervenstörungen aber: Schwindel, Reissen und Toben in einer (der rechten) Kopfhälfte, geschwächte Erinnerung für Neueres constatiren auch am 9. September vor. Jahres wieder die Gerichtsärzte Dr. J. M. und W. protokollarisch, sowie Gerichtsarzt Dr. H. noch nach der Schlussverhandlung bei dem Kreisgerichte W. vom 19. Jänner 1876, 14 Monate nach Beginn der Erkrankung vorher nicht bestandene Erscheinungen von Nervenstörung angibt, welche den noch angeblich bestehenden Schwindel und das Sausen im Kopfe glaubwürdig machen.

Nachdem nun abwechselnd die Gerichtsärzte Dr. M. und W. und anderseits die Gerichtsärzte Dr. H. und P. in vier abgegebenen Gutachten übereinstimmend ihr Urtheil dahin aussprechen, dass die Geisteskrankheit des Jakob M. jun. durch Zusammenwirken einer erblichen Disposition mit den ausserhalb der Wirthsstube in M. in der Nacht zwischen 16. und 17. November 1874 erlittenen Misshandlungen sei, aber vor diesen Misshandlungen entschieden keine

Geisteskrankheit bestanden habe, bildete sich Herr Dr. P. letztlich die mündlich bei der Schlussverhandlung und in dem gesonderten schriftlichen Gutachten vom 24. Jänner nach derselben entwickelte Ansicht, dass die Geisteskrankheit des M. schon vor jenen Misshandlungen vorhanden gewesen sei, aber erst unmittelbar vor denselben begann, indem er das Benehmen des Jakob M. jun. unmittelbar nach seiner Ausschliessung vom Tanze als einen Tobsuchtsanfall erklärt.

Dieser Anschauung kann im vorliegenden Facultäts-Gutachten nicht beigetreten werden aus folgenden Gründen:

1. Ergibt sich kein Anhaltspunkt, um das Benehmen des M. vor den Misshandlungen ausserhalb der Wirthsstube als Tobsuchtsanfall aufzufassen, weil das Ausschliessen vom Tanze ein bei bäuerlichen Festen ganz erklärlicher, — man könnte sagen „correcter" Anlass zum Streit ist, weil ein unbändiges Wesen im Streit durch bäuerliche Sitten hinlänglich erklärt ist, wenn gleich M. nicht berauscht war, weil auch nach dem Hinaustauchen des M. aus der Wirthsstube ein ganz verständlicher Grund zum Nichtverlassen des Hauses bestand, nämlich der Wunsch, sein Packet mitzunehmen, weil er endlich seinen Misshandler um Schonung bat, und dann auch entfloh.

Zu Folge all' dieser Umstände erscheint er in jener Nacht niemals des Gebrauches seiner Vernunft beraubt.

2. Ist die latente, nur eines kleinen Anlasses zum Ausbruch bedürftige erbliche Disposition des M. zu einer Geisteskrankheit nicht erwiesen. Zwar war seine Mutter geistesschwach und ist ein 16jähriger Bruder idiotisch; doch gibt es in zu Geisteskrankheiten veranlagten Familien auch sicher Mitglieder, die keine solche Disposition erwerben.

Die Sicherheit einer Disposition geht nicht aus einer später erworbenen Geisteskrankheit allein hervor, da eine solche auch ohne Disposition erworben werden kann, sondern wird lediglich durch das Vorhandensein wirklicher Anomalien des Nervensystems auch schon in Zeiten vor dem Ausbruch der Geisteskrankheit bewiesen. In dieser Hinsicht ist die Behauptung der DDr. H. und P., der Jacob M. besitze eine abnorme Schädelform (Wasserkopfform) im Widerspruch mit der Ablehnung einer solchen Form von Seite der DDr. M. und W. und die beigebrachte Angabe: der Längendurchmesser sei kurz, der Querdurchmesser lang, neben welcher nicht einmal die Angabe steht: „der Schädel sei gross", lässt auf Kurzköpfigkeit, nicht aber auf Wasserkopf schliessen. — Die Angabe, dass M. es trotz Schulbesuches nicht zum Lesen und Schreiben gebracht, findet sich durch die mehreren eigenhändigen, gut leserlichen Unterschriften desselben nicht bestätigt; dagegen schildern ihn alle darum befragten Zeugen als einen ruhigen, nüchternen, verwendbaren, fleissigen, beim Flössen gewandten Menschen, an welchem nie eine Absonderlichkeit bemerkt wurde, dem der Bürgermeister in dem ehrendsten Leumundszeugnisse

nachsagt, dass nie eine Klage gegen ihn vorgekommen, dass er durch mehrseitige Verwendung die Stütze seines gebrechlichen Vaters sei; das Gleiche bezeugen seine Brotgeber und sein Vater.

Anzeichen einer Disposition durch charakteristische Anomalien hat M. also vor jenen Misshandlungen nicht kundgegeben.

Es ist daher über den in den Expertisen bezüglich dieses Punktes vorkommenden Ausdruck nicht wohl hinaus zu gehen: es lasse sich die Einwirkung einer erblichen Disposition beim Zustandekommen der Geisteskrankheit M.'s nicht von der Hand weisen.«

3. Erweisen sich die an M. gefundenen Spuren von Verletzung als hinlänglich zum Bewirken einer Gehirnerkrankung. — Gibt das Parere Dr. M.'s auch nur eine Excoriation am Ohr und an der linken Seite des Nackens, sowie eine kreuzergrosse Excoriation über der linken Scheitelgegend an, so halten erstens die Experten einerseits diese Zeichen für eine auch von so schweren Folgen begleitete Misshandlung erweiskräftig, weiter trat erst nach der Besichtigung durch Dr. M. am Tage darauf noch eine durch den Wundarzt L. bemerkte Sugillation (vom Würgen) vorne am Halse auf und eine Halsentzündung folgte; daher sind auch die noch protokollarisch von M. angegebenen Düppel glaubwürdig, nämlich als mehrere schmerzhafte Stellen am Kopfe auch Sugillationen, die entweder am ersten Tage noch nicht deutlich waren oder durch das angegebene dichte schwarze Kopfhaar verdeckt.

Auch muss für die Wucht der Einwirkungen noch die Schwächlichkeit des 21jährigen Misshandelten, der von den Gerichtsärzten als von der Grösse eines 13jährigen Jungen angegeben wird, gegenüber seinen kräftigen Verletzern berücksichtigt werden, was aus den in den Acten befindlichen Personsbeschreibungen hervorgeht.

4. Entgegen dem von dem einen der Herren Experten gemuthmassten Krankheitsbeginne vor den Misshandlungen erweist sich aus den klaren protokollarischen Angaben M.'s in Gmunden am Tage nach den Verletzungen, dass auch einige Zeit darnach noch keine Geisteskrankheit entwickelt war und andererseits lässt sich durch continuirlich an den unglücklichen Vorfall sich knüpfende, progressive Krankheitszeichen der wirkliche nachherige Beginn der Erkrankung bis zum Höhestadium feststellen.

Laut der Zeugnisse des Herrn Dr. M. und Wundarztes L. hatten sich am 17. November stechender Kopfschmerz und aus örtlicher Ursache Schlingbeschwerden, am 18. Schwindel, Hinterhauptschmerz und Brechneigung; nach dem Gutachten vom 2. Jänner auch leichte Veränderung in der Sprache, leichte Verwirrung gezeigt.

Im December fällt sein Benehmen in und ausser dem Hause seines Vaters auf, am 20. December findet L. auffallend, dass er die ihm schon einmal gegebene ärztliche Rechnung nochmals begehrt und abgefertigt, murrend im Vorzimmer verweilt, beim Hinaustreten aber die unverständliche Aeusserung macht: Friss den Zettel. Am

23. fehlte er im Hause, war in Linz, um sich einen Anwalt zu bestellen, kommt unverrichteter Sache, gibt keine Auskunft, bringt die nicht abgegebenen Bahnfahrkarten mit. Ein paar Tage später fällt er seinem Banknachbar in der Kirche durch den fortwährenden Versuch auf, dass er mitten im Gottesdienst eine Reihe ihm Voransitzender durch Fortgehen stören will; am 25. December wird er ganz tobsüchtig, lässt im Gasthause seines Vaters das Bier ausfliessen, schreit, zertrümmert Fenster, zerrreisst Kleider, setzt sich auf den Ofen und spuckt nach den Gästen u. s. f.

Was endlich bezüglich des ganzen Krankheitsverlaufes den Nachweis charakteristischer Zeichen für eine im Krankheitsbilde fortwirkende Gehirnerschütterung betrifft, so lässt die Mittelbarkeit der Hilfsmittel für dieses Gutachten eine genügend sichere Beurtheilung zwar nicht zu, doch finden sich dahinzielend mindestens Erscheinungen, welche über den Krankeitszustand einer heilbaren Manie bei einem vorher gesunden jungen Menschen hinausgehen.

Dahin gehören die angegebene sofortige Veränderung in der Sprache und die Brechneigung vor dem Ausbruche, die localisirten Kopfschmerzen, der Schwindel, die länger dauernde Gedächtnisslosigkeit für die wichtigen Vorgänge in der Irrenanstalt, sowie die bei dem jugendlichen Verletzten auffallende lähmungsartige Ungleichheit der Züge nach der Heilung von der Geisteskrankheit.

Den vorstehenden Ausführungen gemäss geht das Gutachten der Wiener medicinischen Facultät in Uebereinstimmung mit den wiederholten Gutachten der Herren Gerichtsärzte dahin, dass einerseits die Geisteskrankheit des Jakob M. jun. unter dem nicht von der Hand zu weisenden Einflusse einer erblichen Disposition entstanden sei, dass sie aber anderseits zur gegebenen Zeit nur durch die Einwirkung, wahrscheinlich nur der ausser der Wirthsstube des St. in der Nacht vor dem 17. November 1874 erlittenen Misshandlungen veranlasst worden sei.

Die russische Gesetzgebung in Beziehung auf Geisteskranke.

Von Staatsrath Dr. med. A. Rothe, Chefarzt der Irrenanstalt in Warschau.

(Schluss.)

III. Die Besichtigung und Untersuchung durch Experte.

Sachkundige werden dann herangezogen, wenn zur genauen Verständigung der in der Verhandlung auftretenden Begebenheiten specielle Kenntnisse oder Erfahrung in der Wissenschaft, Kunst, Handwerk oder irgend einer anderen Beschäftigung nöthig ist. In der Eigenschaft eines Sachkundigen können auch Aerzte, Pharmacenten, Professoren, Lehrer, Techniker, Künstler, Handwerker, überhaupt jeder,

der durch langjährigen Dienst und Beschäftigung gewisse Erfahrungen gesammelt, verlangt werden.

Die Sachverständigen müssen auf Verlangen des Friedens- oder des Untersuchungsrichters unbedingt erscheinen. Die betheiligten Parteien können um das Erscheinen Sachverständiger vor Gericht bitten, um gewisse Fragen zu erklären oder um schon gemachte Untersuchungen zu controlliren. Zur Erklärung der von Sachverständigen unternommenen Besichtigung oder Untersuchung, kann das Gericht in seine Sitzung die Personen berufen, welche die Untersuchung ausgeführt, um genaue und ausführliche Auskunft über ihr Verfahren zu erhalten.

Sachverständige. die zur Besichtigung oder Untersuchung hingezogen werden, müssen alle Eigenschaften glaubwürdiger Zeugen besitzen. Als Sachverständige können solche Personen nicht gewählt werden, die an der Sachlage betheiligt, oder als Zeugen, Richter oder geschworne Beisitzer in der Angelegenheit thätig sind. Die Sachverständigen werden ebenso, wie die Zeugen, vor der Aussage ihrer Meinung beeidigt.

Die Untersuchung durch Sachverständige erfolgt im Beisein des Richters und der Beisitzer, wenn keine besonderen Hindernisse dafür vorhanden sind. Gegenstände, die der Besichtigung oder Untersuchung durch Sachverständige unterliegen sollen, werden durch den Untersuchungsrichter erst äusserlich besichtigt und darüber ein Protokoll (über die sichtbaren Zeichen des Verbrechens, wenn solche vorhanden) aufgenommen, ebenso werden auch alle diejenigen Veränderungen notirt, welche bei der Lageveränderung des zu untersuchenden Gegenstandes beobachtet werden. Die Zahl der Sachverständigen, welche zu einer Besichtigung oder Untersuchung geladen werden, darf nicht weniger als zwei sein. Bei der Untersuchung und Besichtigung von Frauen werden als Sachverständige verheiratete Frauen eingeladen. Bei der Besichtigung und Untersuchung durch den Untersuchungsrichter dürfen alle an der Sache Betheiligte zugegen sein.

Die Besichtigungen und Untersuchungen geschehen mit Ausnahme von Fällen, die keinen Aufschub dulden, am Tage.

Der Untersuchungsrichter hat den Sachverständigen die ihrer Entscheidung anheimgestellten Fragen entweder mündlich oder schriftlich vorzulegen. Die Sachverständigen dürfen bei der Untersuchung auch solche Erscheinungen nicht ausser Acht lassen, die von dem Richter übergangen worden sind, deren Erklärung aber zur Aufdeckung der Wahrheit beitragen könnte. Nachdem die Sachverständigen ihre Meinung dem Gerichte mitgetheilt, können denselben mit Genehmigung des Vorsitzenden Fragen gestellt werden, sowohl von den Richtern, geschwornen Beisitzern, wie auch von den Parteien (Angeklagten und Vertheidigern).

Den Sachverständigen wird es gestattet, um ihren mündlichen Aussagen vor Gericht grössere Genauigkeit zu geben, schriftliche

Notizen bei sich zu haben, namentlich dann, wenn ihre Aussagen sich auf solche Gegenstände beziehen, die auf Berechnungen, Rechenschaftsberichten und Schlüssen beruhen, die schwer im Gedächtniss zu behalten sind.

Im Falle von Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerung der Sachverständigen oder Verschiedenheit der Meinung verlangt der Richter das Urtheil anderer Sachverständiger, oder er ersucht um Entsendung Sachverständiger einer höheren Instanz, oder er sendet den zu untersuchenden Gegenstand, wenn dies möglich ist, selbst an die höhere Instanz. Auf Verlangen der Parteien, der geschworenen Beisitzer oder des Richters kann eine neue Besichtigung oder Untersuchung angeordnet werden, durch andere von dem Richter oder den Parteien gewählte Sachverständige, damit sie ihre Untersuchung während der Sitzung selbst (wenn dies möglich) ausführen, oder wenigstens der Gerichtssitzung einen ausführlichen Bericht über das während der Untersuchung Gefundene vorlegen.

Ueber jede wichtigere Thätigkeit der Untersuchung, wie auch über die Besichtigung und Untersuchung des Friedens-, Untersuchungsrichters oder der Sachverständigen wird ein besonders genau alle Vorkommnisse darstellendes Protokoll aufgenommen.

IV. Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten. Ueberwachung derselben.

Die Bedingungen der Unterbringung eines Geisteskranken in eine Anstalt sind enthalten in dem im Jahre 1842 Allerhöchst bestätigten Hospitalreglement und lauten in Bezug auf Geisteskranke folgender Weise:

1. In Anbetracht dessen, dass die Unterbringung eines nicht Geisteskranken in einer Irrenanstalt in der Folge nicht nur sehr traurige Eindrücke hinterlassen, sondern auch gefährlichere Folgen nach sich ziehen kann, ist es geboten, dass die grösste Vorsicht bei der Aufnahme in derartige Anstalten obwalte.

2. Die Ausfertigung der Aufnahmequalification soll durch einen Sanitätsbeamten geschehen. Es ist daher nöthig, dass derselbe das Sachverhältniss an Ort und Stelle genau untersuche und alles das zu Protokoll nehme, was das Wesen der Krankheit erklärt. Diese Nachrichten sind in der Gestalt von Antworten auf gegebene Fragen niederzuschreiben, wozu bestimmte Fragebogen dienen.

3. Kranke, die von Aerzten behandelt worden sind, können in die Anstalt aufgenommen werden, wenn dieselben ein von drei praktischen Aerzten ausgestelltes Zeugniss, nebst einer Krankengeschichte beibringen, wozu noch ein von einem Gerichtsbeamten ausgestelltes Protokoll erforderlich ist, das die Zeugenaussage derjenigen Personen enthalten muss, die als Zeugen jener krankhaften Erschei-

nungen constatiren, welche die Versetzung in eine Irrenanstalt nöthig machen *).

4. Befindet sich ein Geisteskranker in einem Hospital, so hat der Chefarzt das Recht, denselben in eine Irrenanstalt zu transferiren, indem die Krankengeschichte und ein im Beisein eines Mitgliedes der Hospitalsverwaltung und von demselben unterschriebenes Protokoll über die äusseren Zeichen des Irreseins als Aufnahmezeugniss für die Irrenanstalt genügen.

5. Criminalgerichte können im Verlaufe der Untersuchung, wenn nachgewiesen wird oder der Verdacht vorhanden ist, dass ein Verbrechen in Folge von Geistesstörung verübt worden, solche Personen der Irrenanstalt überliefern. Ebenso können aus Gefängnissen geisteskranke Verbrecher in die Irrenanstalt versetzt werden. Für solche Kranke jedoch muss eine besondere Abtheilung und strenge Beaufsichtigung eingerichtet sein.

6. Kranke, die diese angeführten Qualificationen nicht besitzen, dürfen nur dann aufgenommen werden, wenn das Irresein sichtbar vorhanden und sich durch Handlungen kundgibt, die für den Kranken selbst oder dessen Umgebung gefährlich werden können; die Aufnahme solcher Kranken auf Verlangen der Familie oder anderer Personen, muss der Polizei und dem Staatsanwalt desjenigen Ortes, in welchem der Kranke gelebt, umgehend angezeigt werden. Ist der vorhergehende Aufenthaltsort der Kranken unbekannt, so muss die Anstaltsverwaltung den Generalprocuror und die Polizei desjenigen Ortes, an welchem sich die Anstalt befindet, über die Aufnahme und die Ursache derselben benachrichtigen, um nachträglich alle juridischen Vorschriften zu erfüllen.

7. Das Aufnahmsjournal muss nach einer bestimmten Form geführt und alle darin angegebenen Punkte ausgefüllt sein, damit man zu jeder Zeit über den krankhaften Zustand und dessen Verlauf die nöthige Aufklärung finde.

8. Ebenso ist es auch geboten, dass bei der Entlassung aus der Anstalt die grösste Vorsicht beobachtet werde, damit nicht gemeingefährliche Individuen entlassen werden oder solche, deren Genesung noch nicht hinreichend gekräftigt und die dadurch einen Rückfall erleiden könnten. Aus der Anstalt sollen also nur diejenigen entlassen werden, welche a) vollkommen genesen und eine gewisse Zeit in der Abtheilung für Reconvalescenten genau beobachtet worden sind, b) Unheilbare aber Unschädliche, die ausserhalb der Anstalt die entsprechende Verpflegung und Aufsicht haben.

*) In früheren Jahren wurden derartige Zeugnisse häufig von den Warschauer Irrenärzten ausgestellt, seit dem Jahre 1873 aber ist es den an der Irrenanstalt angestellten Aerzten untersagt, solche Zeugnisse auszustellen. Als Grund dieses Verbotes wird angegeben, um es zu verhüten, dass nicht Missbräuche unterlaufen und vielleicht Geistesgesunde aus irgend welchen Rücksichten widerrechtlich in der Anstalt aufgenommen werden.

9. Unheilbare, zeitweiliger heftiger Aufregung unterworfene Kranke können nur auf besonderes Verlangen der Familie entlassen werden, wenn letztere sich zu einer gewissenhaften und genauen Aufsicht verpflichtet. Von der Entlassung solcher Kranken muss die Polizei desjenigen Ortes, an welchem der Kranke seinen künftigen Aufenthalt nimmt, umgehends benachrichtigt werden.

10. Ist die Genesung eingetreten und erscheinen die Verwandten oder diejenigen Personen, welche den Kranken abgaben, nicht, um denselben abzuholen, nachdem sie von seiner Genesung benachrichtigt, so hat die Hospitalverwaltung dafür zu sorgen, dass der Genesene in seinen früheren Wohnort befördert werde.

11. Auf längere Zeit werden selbst nach eingetretener Genesung solche Personen in der Anstalt zurückgehalten, welche mit Selbstmordgedanken behaftet oder gemeingefährlich waren, und solche Kranke die im Zustande des Irreseins ein Vergehen begangen haben, welches unter anderen Verhältnissen als ein Verbrechen betrachtet werden müsste.

12. Um dem vorzubeugen, das nicht solche Personen, welche entlassen werden könnten, widerrechtlich in der Anstalt zurückgehalten werden, sollen von Zeit zu Zeit, doch ohne vorhergehende Ankündigung Revisionen veranstaltet werden. Diese Revisionen sollen von dem Medicinal-Inspector veranstaltet werden.

Aus dem Vereine.

Protokoll der Sitzung vom 24. November 1876.

Vorsitzender: Herr Primararzt San.-R. Dr. Gauster.

Ueber Antrag des Herrn Vorsitzenden wird dem Herrn Präsidenten Reg.-R. Prof. Meynert über den ihn unlängst betroffenen Unfall das Beileid des Vereines votirt und der Wunsch ausgesprochen: selber möge recht bald wieder in Mitten des Vereines erscheinen.

Weiter stellt der Vorsitzende die Anfrage an die Versammlung, ob das Vereins-Journal noch weiterhin fortgesetzt werden sollte und beleuchtet kurz die Gründe, die dafür sprechen. Es wird einstimmig das Fortbestehen des „Psychiatrischen Centralblattes“ beschlossen und das frühere Redactions-Comité, bestehend aus den Herren S.-R. Dr. Gauster und Reg.-Rath Prof. Meynert wiedergewählt.

Herr Dr. Weiss, Assistent der klinischen Abtheilung der n. ö. Landesirrenanstalt, hielt einen Vortrag über „Myelitis paralytica“, in welchem er als Ergebniss seiner Untersuchungen, die er in der Klinik des Prof. Leidesdorf anstellte, die constante Erweislichkeit einer Rückenmarksaffection myelitischer Natur bei paralyti-

tischen Geisteskranken bezeichnet. Es fanden sich nämlich im Rückenmarke aller zur Obduction gekommenen Paralytiker, ohne Rücksicht auf deren individuell verschiedenen Krankheitsverlauf, reichlich Körnchenzellen. Eine Ausnahme davon machten blos zwei Fälle, in welchen keine Körnchenzellen, sondern massenhaft gekörnte lymphoide Zellen nachzuweisen waren, die in erhöhtem Grade den Eindruck eines intensiven Entzündungsfiebers machten. — Die Körnchenzellen fanden sich vorzugsweise in den Hinterseitensträngen des Dorsalmarkes, und war die myelitische Affection sowohl in den anderen Strängen des Rückenmarkes als im cervicalen und lumbalen Theile desselben bedeutend geringer oder fehlte ganz. Ueber die Provenienz der Körnchenzellen äussert der Vortragende, dass dieselben in gar keinem Zusammenhange mit Lymphkörperchen oder Bindegewebselementen stehen, dass sie vielmehr ihren Ursprung in zelligen Elementen von verschiedener Grösse, mit doppeltem Contour und einem blassen, wie leicht bestaubten Kerne finden, welche Ursprungselemente der Vortr. immer in umgekehrtem Zahlenverhältnisse zu den voll entwickelten Körnchenzellen fand, und in welchen der fettig körnige Zerfall von der Peripherie gegen das Centrum fortschreitet. Neben diesen war in den meisten Fällen hochgradige Gefässdegeneration nachzuweisen.

Der Vortragende glaubt aus diesen Befunden wie aus den Resultaten der Elektro-Untersuchungen des Dr. Svetlin annehmen zu dürfen, dass man es in der progressiven Paralyse nicht mit einer Erkrankung des Gehirnes allein, sondern des gesammten Centralnervensystems zu thun habe, und dass die schweren motorischen Störungen in der progressiven Paralyse auf die myelitische Affection des Rückenmarkes zu beziehen seien.

Herr Dr. Svetlin, Assistent der klinischen Abtheilung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien, sprach sodann über Elektro-Untersuchungsresultate bei progressiver Paralyse.

Die im stetigen Anstiege, immer marcanter auftretenden Lähmungserscheinungen, der die progressive Paralyse ihren Namen verdankt, regten zu einer Untersuchung über das Verhalten des Nervensystems in dieser Erkrankung gegen den elektrischen Strom an, und so wurden denn im Laufe 1876 auf der Klinik des Herrn Prof. Leidesdorf 53 Fälle von progressiver Paralyse untersucht.

In der Literatur finden sich nur zwei Arbeiten vor, die sich die elektrische Exploration der Geisteskranken überhaupt oder speciell zum Gegenstande machten. Tigges, der alle Formen der Geisteskrankheiten elektrisch untersuchte und die erhaltenen Resultate procentuarisch zusammenstellte, gibt auf unser Thema bezüglich an, dass die Dementia paralytica bei Ausschluss des Rückenmarkes vom elektischen (galv.) Strome unter die Fälle mit mässig erhöhter Erregbar-

keit, jedoch mit Einschluss desselben unter jene rangire, die den höchsten Satz für Erregbarkeit stellen.

Benedikt, aus dessen Casuistik nur zwei Fälle als progressive Paralyse angesprochen werden können, hebt bei beiden die enorm erhöhte Erregbarkeit hervor.

Der Vorgang bei meiner Untersuchung war folgender: Alle Fälle wurden mit Rückenmarks-Nervenströmen (R. N. Benedikt) und zwar R. N. medianus und R. N. peroneus beiderseits angestellt.

Apparat war ein galvanischer von 40 Siemens und Halske'schen Elementen mit Elementenzähler, Voltai'schen Alternativen und einer Galvanometernadel. Oeffnung und Schliessung wurden im metallischen Theile der Kette vorgenommen. Der Strom wurde von 5 zu 5 Elemenden verstärkt und sowohl die Reaction als Nadelablenkung abgelesen und tabellarisch zusammengestellt.

Die auf diese Weise erhaltenen Tabellen ergeben:

I. Eine Erhöhung der Erregbarkeit, die sich sowohl auf die Erregbarkeit der Nerven und für sich, als auch auf die Reflexthätigkeit bezieht. Es liegt die Reizschwelle sehr tief, steigt ausserordentlich rasch an, so dass bei geringer Elementenzahl eine ganze Reihe von Reactionen gleichzeitig eintritt z. B.

R. N. medianus r.

15 El. 20° KaS. KaÖ. AnS.
10 „ 30° „ „ „ KaD. AnS.

Auch die Reflexthätigkeit erweist sich abnorm erhöht und zeigt sich in Concussionen, Tremores der nicht gereizten Extremitäten oder des ganzen Körpers gekreuzt oder homolateral, z. B.

R. N. med. r.

25 El. 30° KaS. (Concussion des ganzen Körpers).

R. N. med. l.

20 El. 18° KaS. (Erschütterung des ganzen Körpers, Zuckungen aller Strecker, rechts deutlicher als links).

II. Einen verminderten Leitungswiderstand. Die in den Strom geschaltete Galvanometernadel zeigt bei der progressiven Paralyse eine ausserordentlich grosse Nadelablenkung, die um so grösser wird, je grössere Stücke des Rückenmarkes in den Stromkreis geschaltet werden, z. B.

R. N. med. r.	R. N. peroneus r.
10 El. 2°	10 El. 20°
15 „ 10°	15 „ 30°
20 „ 25°	20 „ 40°
30 „ 48°	30 „ 58°

III. Veränderung der Zuckungsformel und zwar eine Veränderung, die am meisten der ähnelt, wie sie Benedikt und Rosenthal für irritative, ataktische Formen der Tabes aufstellen. Es ist KaS. leicht erreichbar; KaÖ. tritt gleich nach KaS. auf in nahezu allen Fällen und gleichzeitig mit ihr in 49 von 53 Fällen. AnS.

kommt meist an III. Stellle; AnÖ meist vor AnS. Häufig tritt KaS gleich nach den Ka-Reactionen ein. Es construirt sich die Formel; KaS, KaÖ, AnS, AnÖ, KaD, (AnD).

IV. Lange bevor sich ein Unterschied der Motilität in beiden Körperhälften dem beobachtenden Auge zeigt, weist die verschieden grosse Erregbarkeit gegen den galvanischen Strom auf die intensivere Erkrankung der einen Seite hin. Auch in normalen Fällen ist ein gewisser Unterschied der Erregbarkeit und Reactionsfähigkeit der beiden Körperhälften nachzuweisen; doch nimmt er nie die gewaltigen Grössen an, die bei progressiver Paralyse auftreten, mehrere Fälle von paralytischer Dementia, die zur Obduction kamen, wiesen dann auch die Körnchenzellen-Myelitis auf jener Seite nach, die sich elektrisch reizbarer gezeigt hatte — obschon in vivo kein Symptom auf intensere Erkrankung der einen Seite hinwies.

So zeigte sich in einem Falle bedeutend höhere Erregbarkeit links, es traten ausserdem lebhafte Reflexzuckungen linkerseits bei Galvanisation der rechten Seite ein. Das klinische Bild zeigte ausser geringen Paresen der kleinen Muskeln erst im letzten Stadium bedeutendere Gangstörung. In den letzten Lebenstagen traten dann die myelitischen Erscheinungen grell zu Tage. Die Obduction ergab starke Körnchenzellen-Myelitis im linken Hinterseitenstrange; Körnchenzellen auch in der rechten Pyramide und dem rechten Hirnschenkel.

Aus diesen Befunden nun ist der Schluss zu ziehen, dass bei der Paralyse ausnahmslos eine entzündliche Affection des Rückenmarkes vorhanden sei; deren Erhöhung der Erregbarkeit, besonders der reflectorischen, ist ja schon seit lange als Zeichen cerebraler und cerebrospinaler Erkrankung bekannt; Verminderung des Leitungswiderstandes bei Einschluss des Rückenmarkes in den Stromkreis zeigt für eine entzündliche Reizung desselben, denn Burckhardt hat bereits angegeben, dass er bei Myelitis eine enorme Erhöhung der Leitungsgeschwindigkeit gefunden habe. Die krankhafte Affection des Rückenmarkes erklärt nun auch den obigen Satz Tigges', dass die progressive Paralyse bei Einschluss des Rückenmarkes den höchsten Satz für Erregbarkeit stelle. Die Zuckungsformel für Paralyse ähnelt ausserdem auffallend derjenigen, die für die stürmisch entzündlich verlaufende Form der Tabes aufgestellt wurde. Alle untersuchten Paralytiker, die zur Section gelangten, zeigten Körnchenzellen-Myelitis, obwohl bei vielen keine myelitischen Erscheinungen sich klinisch darboten. Die Untersuchungen des Dr. Weiss, der eine stattliche Reihe von Rückenmarken paralytischer Irren untersuchte, haben den constanten Befund von Körnchenzellen-Myelitis dargethan. Es findet somit die elektrische Untersuchung und deren Resultat auch in pathologischer Hinsicht ihre volle Begründung und man ist vollkommen berechtigt, auf Grund dieser Befunde das constante Vorkommen von Rückenmarksaffection bei der progressiven Paralyse anzunehmen.

Endlich hielt Herr Dr. C. Laufenauer seinen Vortrag: „Zur Behandlung der syphilitischen Psychosen", der nächstens in diesem Blatte erscheinen wird.

Hieran knüpft sich eine kurze Debatte, an der sich der Herr Vorsitzende und Dr. Schlangenhausen betheiligen und in welcher Ersterer betont, dass die Fälle syphilitischer Psychosen, wenn man zur Diagnose objective Symptome verlangt, in der hiesigen Irrenanstalt selten seien, was auch die Sectionsbefunde bestätigen; — und weiter hervorgehoben wird, dass aus anamnestischen Daten in vielen Fällen Syphilis zu Grunde gelegt werde, wo dann die Sectionsresultate negativ seien. Die geschilderten Fälle seien wohl zweifellos syphilitischer Natur gewesen.

Dr. F. Schlangenhausen, Secretär.

Miscelle.

Beiträge zur hypnotischen Wirkung des Bromkaliums und Bromnatrium. Von Dr. Laufenauer, Assistent der Irrenheilanstalt des Docenten k. Rathes Dr. F. Schwartzer in Budapest. (Pester med.-chirurg. Presse.)

Von allen Seiten, namentlich in Irrenheilanstalten, beschäftigte man sich seit Jahren mit der erfolgreichen Behandlung der Schlaflosigkeit; Morphin und Chloralhydrat sind längst gewürdigte Mittel und auch Verf. dieses Aufsatzes gibt einen kurzen Abriss der Geschichte dieser beiden Hypnotica, um endlich zum Bromkalium zu gelangen, welches Mittel schon 1853 Lunier als Hypnoticum aufführt, Verf., aufmerksam gemacht durch die ruhigen Nächte der Epileptiker, denen Bromkalium verabreicht worden war, gab nun dasselbe Mittel auch anderen schlaflosen Geisteskranken, beinahe bei allen Formen der Psychosen, vor dem Schlafengehen in Dosen von 4—5 Gramm, und wendete dasselbe so bei 10 Kranken 172 mal an. Wo das Bromkalium nach mehrmaliger Verabreichung einen 5—7stündigen Schlaf hervorrief, notirte Verf. eine vollständige Wirkung, und das war 146 mal (84·9 %) der Fall, 12mal (7%) war die Wirkung eine theilweise, 14 mal (8·1 %) entfiel sie gänzlich.

Da auch bei Gebrauch des Bromkaliums vom Verf. keine unangenehmen Nebenerscheinungen, ausser in zwei Fällen ein leichtes Bromexanthem, welches jedoch bei weiterem Gebrauche des Mittels nicht zunahm, beobachtet wurde, ausserdem auch sich dasselbe mit Chloral ganz gut combiniren lässt, empfiehlt er das Mittel als ganz hervorragendes, sich ja meist (84·9 %) bewährendes Hypnoticum.

Ausgehend von der Anschauung, dass Bromkalium und Bromnatrium bei epileptischen Zuständen gleich wirkten, dieselben Intoxicationserscheinungen hervorriefen, machte Verf. nun auch mit Bromnatrium als Hypnoticum Versuche; und zwar in derselben Dosis, wie das Bromkalium, wendete er es bei 21 Individuen 185 mal an; es ergab sich 138 mal (74·6 %) ein ganzer, 21 mal (11·4 %) ein theilweiser und 16 mal (14%) gar kein Erfolg. Intoxicationserscheinungen nahm Verf. nicht ein einziges Mal wahr; nur in zwei Fällen unter 21 Kranken trat ein Bromnatriumausschlag auf, der trotz Fortsetzung des Mittels, gleich dem bei Bromkalium, bald wieder schwand. Wie beim Bromkalium glaubt Verf. die

hypnotische Wirkung des Mittels aus der darnach auftretenden Olygämie des Gehirnes erklären zu können, welche Wirkung ja von einzelnen Experimentatoren mit ersterem Mittel bei Thieren nachgewiesen wurde. Schliesslich kommt Verf. zu dem Resultate, dass das Bromnatrium in allen Fällen gegen Schlaflosigkeit indicirt ist, in welchem Bromkalium angewendet wird, wenn es auch eine etwas geringere hypnotische Wirkung hat, besonders jedoch in jenen Fällen, in welchen man die nachtheiligen Wirkungen des Bromkaliums auf das Herz vermieden wissen will, so z. B. bei Olygämischen, Herzfehlern etc. Dr. Schlangenhausen.

Briefkasten.

Herrn Director J. Schnirch, Buda-Pest. Pränumeration eingelangt. Aufrichtigen Glückwunsch zum Neujahr! — Herrn Stabsarzt D. Derblich, Klausenburg. Der Jahresbeitrag eines Mitgliedes beim psychiatr. Vereine beträgt 5 Gulden; der Vereins-Oekonom ersucht um gütige Nachsendung von 2 Gulden. — Lese- u. Redeh. d. deutschen Studenten, Prag. Herzlichen Gruss. Zusendung geht fort. D. Red.

Pränumerations-Einladung.

Der Verein für Psychiatrie und forens. Psychologie hat die weitere Herausgabe des „Psychiatr. Centralblattes“ in bisheriger Weise für das Jahr 1877 beschlossen und die Gefertigten wieder mit der Redaction betraut. Nach unserem für 1876 aufgestelltem Programme werden wir in stetig eingehenderer Weise fort uns bemühen, das Blatt zum Central-Organ des vaterländischen Irrenwesens und der österr. Irrenanstalten zu gestalten. Das Blatt wird demnach enthalten:

1. Original-Aufsätze aus dem Gebiete der Psychiatrie und ihrer Hilfswissenschaften sowie forensischer Psychologie.
2. Kritische Uebersichten über den Stand strittiger Fragen auf diesem Gebiete.
3. Casuistik in klinischer und forensischer Beziehung in sorgfältiger Auswahl.
4. Original-Aufsätze und kritische sowie referirende Uebersichten über das Irrenwesen, hauptsächlich in Oesterreich-Ungarn, Irrenstatistik, Irrenanstalten.
5. Mittheilungen aus der Literatur, in Auszügen und Anzeigen aus interessanteren deutschen und anderen Werken und Journalaufsätzen in den oben bezeichneten Disciplinen.
6. Vereinsverhandlungen.
7. Notizen.
8. Personalien (Anstellungen, Beförderungen, Uebersetzungen, Auszeichnungen, Todesfälle).
9. Vereins-Anzeigen und 10. Inserate.

Aus diesem Programme geht hervor, dass sowohl für die Irrenärzte als auch für jene Fachpersonen, die mit der Lösung forensisch-psychologischer Fragen sowie mit der Besorgung administrativer Angelegenheiten des Irrenwesens betraut sind, oder Psychosen in ihren ersten Stadien zu behandeln haben, also Gerichtsärzte, Sanitätsbeamte, sowie für praktische Aerzte überhaupt, dieses Blatt Interessantes zu bieten bestrebt sein will.

Um dieses Programm vollständig durchführen und der gestellten Aufgabe immer mehr gerecht werden zu können, bedürfen wir jedoch ausgiebiger, umfassender Unterstützung Jener, die für Psychiatrie und

Irrenpflege sich interessiren, der geistigen Unterstützung durch literarische Beiträge, der materiellen durch Beitritt zum Vereine, oder Abonnement.

Indem wir das Blatt daher allen Berufsgenossen empfehlen, bitten wir zugleich uns auch durch selbstständige Arbeiten, durch wissenschaftliche, statistische und administrative Mittheilungen aus öffentlichen oder Privatanstalten und über österreichisch-ungarische Irrenverhältnisse, durch Mittheilung von gerichtsärztlich interessanten Fällen in Beziehung auf Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit, durch rasche Bekanntgabe aller für den Leserkreis dieses Blattes interessanten Personalien innerhalb unserer Monarchie, kräftigst zu unterstützen.

Die in diesem Jahre als Beilage beigegebene „Uebersicht über die Fortschritte der Literatur im Gebiete der forensischen Psychologie im Decennium 1866—1875" von Prof. v. Krafft-Ebing in Graz, wird im J. 1877 sowohl in strafrechtlicher als civilrechtlicher Hinsicht zu Ende geführt. Unsere Leser erhalten demnach neben dem Blatte ein selbständiges, aus circa 8—10 Bogen bestehendes Werkchen, das für rasche Orientirung auf diesem Gebiete von wesentlichem Werthe ist.

Das psychiatrische Centralblatt erscheint monatlich, beiläufig ein Bogen stark. Bestellungen (für den Jahrgang 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.) wolle man an den verantwortlichen Redacteur Dr. Moriz Gauster, IX. Lazarethgasse 14, oder im Wege des Buchhandels an die k. k. Hof- und Universitätsbuchhandlung von Wilh. Braumüller u. Sohn adressiren.

Ehrenmitgliedern und den ordentlichen Mitgliedern des Vereines wird die Zeitschrift unentgeltlich zugesendet.

Buchhändler-Inserate, den Raum der Petitzeile mit 15 kr. ö. W. oder 30 Pfennigen berechnet, nimmt obige Buchhandlung an.

Wien, den 31. December 1876.

Dr. Moriz Gauster. **Dr. Theodor Meynert.**

Von den Jahrgängen 1871—1874 sowie 1876 sind vollständige Exemplare durch die Hof- und Universitätsbuchhandlung **Braumüller & Sohn** in Wien zu beziehen.

Anzeige.

So eben erschien:

The Functions of the Brain

by **David Ferrier**, M. D., F. R. S.

Assistenz-Arzt im königlichen Universitäts-Hospital London, Professor der gerichtlichen Medicin im königl. Universitäts-Hospital London.

Mit zahlreichen Abbildungen.

8. Preis 15 Mark.

Smith Elder & Cie
London
15 Waterloo Place, S. W.

Verantwortlicher Redacteur: Dr. Moriz Gauster. In Commission bei W. Braumüller in Wien.
C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer).

41C
848